



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale  
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard  Lyon 1

**DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2023-2024

UE 5.4 S5

**Le rôle de l'ergothérapeute auprès des  
personnes dépendantes à domicile :  
l'utilisation des aides techniques par les  
auxiliaires de vie**

**Alicia TAILLEFER**

Tuteur de mémoire : Rachel BARD-PONDARRE





**Université Claude Bernard Lyon 1**

Président

**FLEURY Frédéric**

Président du Conseil Académique

**BEN HADID Hamda**

Vice-président CA

**REVEL Didier**

Vice-président CFVU

**BROCHIER Céline**

Directeur Général des Services

**ROLLAND Pierre**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION**

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

**DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE**

Directeur du département

**LIONNARD-RETY Sabine**

Coordinateurs pédagogiques

**BODIN Jean-François**

**FEBVRE Marine**

**IBANEZ Amandine**

**LESCURE Caroline**

**LIONNARD-RETY Sabine**

Responsables des stages

**IBANEZ Amandine et LESCURE Caroline**

Responsable des mémoires

**IBANEZ Amandine**

## Remerciements :

Je tiens à remercier Rachel BARD-PONDARRE qui a su me guider et m'aiguiller tout au long de ce travail et de cette année. Un grand merci aussi aux filles de mon groupe de mémoire, Aurélie, Manon et Romane, qui ont su être très motivantes et présentes en cas de besoins.

IBANEZ Amandine et LIONNARD-RETY Sabine pour leur accompagnement et leur bienveillance durant ces trois années d'étude.

Les ergothérapeutes qui ont répondu présents pour m'aider dans ce travail, mais également tous les autres professionnels qui ont pu être des ressources pour moi et pour l'avancement de ce travail.

Un grand merci à ma famille pour leur soutien, et tout particulièrement à ma maman pour son écoute, sa bienveillance, ses nombreuses relectures et sa présence pour la moindre de mes interrogations.

Un remerciement tout particulier à mes amies, mes copines, mes cacahuètes, Laure et Margot avec qui j'ai traversé ces trois années de formation et ce travail, pour leur soutien, leur réconfort et leur présence en cas d'un quelconque besoin.

Et enfin un grand merci à Anthony, mon conjoint, qui a su m'écouter et me supporter pendant ce long travail et l'ascenseur émotionnel qu'il m'a fait parfois ressentir.

# Table des matières

<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	<b>7</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>8</b>
<b>PREAMBULE</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>12</b>
1- LES PERSONNES DEPENDANTES D'AT A DOMICILE.....	12
1. <i>Personnes dépendantes à domicile</i> .....	12
2. <i>Les aides techniques</i> :.....	15
2- LES AUXILIAIRES DE VIE SOCIALE ET LES AIDANTS A DOMICILE :.....	19
1. <i>Les auxiliaires de vie sociale</i> .....	19
2. <i>Les aidants à domicile</i> .....	22
3- LE ROLE DES ERGOTHERAPEUTES LORS DE L'ARRIVEE D'AT A DOMICILE :.....	24
1. <i>Qu'est-ce qu'un ergothérapeute</i> .....	24
2. <i>Rôle de préconisation et de prescription</i> .....	25
3. <i>Rôle de l'ergothérapeute en lien avec les AVD et les AT à domicile</i> .....	27
<b>QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESE</b> .....	<b>31</b>
<b>PARTIE EXPLORATOIRE</b> :.....	<b>32</b>
1- CHOIX DES OUTILS.....	32
2- CONSTRUCTION DES OUTILS D'INVESTIGATION.....	32
3- CHOIX DE LA POPULATION.....	33
4- RECRUTEMENT DES REpondANTS.....	33
5- ASPECTS ETHIQUES.....	34
<b>ANALYSE DES RESULTATS : ETUDE QUANTITATIVE</b> .....	<b>34</b>
1- LE PROFIL DES AVD.....	34
2- AT RENCONTRE ET LEUR UTILITE.....	36
3- FORMATION RELATIVE AUX AT.....	37
4- L'UTILISATION DES AT AU DOMICILE DES PATIENTS.....	39
<b>ANALYSE DES RESULTATS : ETUDE QUALITATIVE</b> .....	<b>40</b>
1- POPULATION INTERROGEE ET PRATIQUE.....	40
2- PRATIQUE RELATIVE AUX AT.....	41
1. <i>La préconisation dans la pratique</i> .....	41
2. <i>La prescription dans la pratique et ses possibles avantages</i> .....	41
3. <i>L'appropriation des AT</i> .....	42
4. <i>Recul et suivi sur l'utilisation des AT</i> .....	42
3- MAUVAISE/SOUS-UTILISATION DES AT PAR LES AVD.....	43
1. <i>Lien avec les AVD dans la pratique des ergothérapeutes</i> .....	43
2. <i>Utilisation des AT préconisées</i> .....	43
3. <i>Situations engendrant une mauvaise utilisation d'AT</i> .....	44
4. <i>Freins à la bonne utilisation d'AT</i> .....	44
5. <i>Actions favorisant l'utilisation des AT par les AVD</i> .....	46
<b>DISCUSSION</b> :.....	<b>48</b>
1- INTERPRETATION DES RESULTATS.....	48
1. <i>Formation des AVD</i> .....	48
2. <i>L'utilisation des AT par les AVD</i> :.....	48
3. <i>La pratique des ergothérapeutes</i> .....	49

2- LIMITES DE LA RECHERCHE ET AXES D'AMELIORATION.....	50
1. <i>Intérêts</i> .....	50
2. <i>Limites</i> .....	50
3- RETOUR SUR LA QUESTION DE RECHERCHE ET SUGGESTIONS POUR LA POURSUITE DE L'ETUDE.....	51
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>53</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>XVI</b>

# Table des illustrations

Figure 1 : L'ancienneté des répondants.....	34
Figure 2 : Les personnes intervenantes avec des AT à domicile.....	35
Figure 3 : Les raisons expliquant le fait que les personnes n'effectuent pas d'interventions manipulant des AT.....	35
Figure 4 : Les conditions dans lesquels les auxiliaires de vie exercent.....	35
Figure 5 : Les AT les plus utilisées par les AVD.....	36
Figure 6 : L'utilité des AT perçue par les AVD pour l'autonomie des patients.....	36
Figure 7 : L'utilité des AT perçue par les AVD pour alléger leur travail.....	37
Figure 8 : La formation des AVD en matière d'AT.....	37
Figure 9 : Les différentes formations réalisées avant une nouvelle intervention impliquant l'utilisation d'AT à domicile.....	37
Figure 10 : Les formateurs relatifs aux AT présentes à domicile.....	38
Figure 11 : L'avis des AVD concernant le fait que les patients soient ou non les plus à même d'informer de la bonne utilisation de leur AT.....	38
Figure 12 : Les actions des AVD en cas de méconnaissance d'une AT à domicile.....	38
Figure 13 : La part d'AVD connaissant l'existence de formation sur les AT.....	39
Figure 15 : Les moyens identifiés par les AVD pour favoriser la bonne utilisation des AT.....	39
Tableau 1 : Contexte de pratique des ergothérapeutes interrogés.....	40

# Glossaire

APA : Aide Personnalisée d'Autonomie

AT : Aide Technique

AVD : Auxiliaires de Vie à Domicile

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CICAT : Centres d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques

CNSA : Caisse Nationale des Solidarités pour l'Autonomie

CRIAS : Centre Régional d'Information pour l'Agir Solidaire

CTH : Conseiller Technique Handicap

DEAES : Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social

ELSA : Equiper son Logement en Solutions Adaptées

EqLAAT : Equipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques

HAS : Haute Autorité de Santé

LPP : Liste des Produits et Prestations

MDH-PPH2 : Modèle du Développement Humain et Processus de Production du Handicap 2

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

RMM : Revendeurs de Matériel Médical

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

VAD : Visite A Domicile

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

## Préambule

J'ai travaillé durant deux années comme auxiliaire de vie à domicile sur Lyon, sans être titulaire du diplôme. J'ai été embauchée sans difficulté, la demande de ce secteur étant importante. Au vu de mes expériences antérieures dans le handicap, j'étais souvent amenée à me rendre au domicile de personnes en situation de handicap pour lesquelles la manutention était technique (lève-malade, verticalisateur, guidon de transferts... ect). J'intervenais aussi auprès de personnes âgées plus ou moins dépendantes à domicile. Afin de dispenser les soins attendus lors des prestations, des capacités de manutentions étaient nécessaires ainsi que la connaissance du fonctionnement de certaines aides techniques (AT) ou dispositifs médicaux. Du fait des contraintes institutionnelles et de la forte demande d'interventions au domicile des personnes, nous n'étions presque jamais formés spécifiquement pour les bénéficiaires ayant de lourds besoins.

Lors de cette expérience, j'ai souvent été confrontée à des plaintes de patients dépendants d'AT au quotidien. Ils me rapportaient fréquemment une mauvaise utilisation, voire une non utilisation, des AT qui leurs sont nécessaires. Ces cas de figure peuvent entraîner des situations de handicap. Cela n'est pas sans conséquences pour les personnes aidés : atteintes physiques telles que des blessures ou des plaies, douleurs associées, fatigue, mais également un stress important généré par ses situations et même des mises en danger. D'autant plus qu'une méconnaissance du fonctionnement des AT peut également être à l'origine de douleurs et blessures pour l'aidant.

# Introduction

Avec l'augmentation de l'espérance de vie de ces dernières décennies, et une forte augmentation du nombre de personnes âgées, le vieillissement des populations est une préoccupation majeure du gouvernement. Aujourd'hui, une personne sur cinq est âgée de 65 ans ou plus en France (Sylvain Papon, 2023).

Le gouvernement a publié en fin d'année 2015 la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Cette loi a divers objectifs comme celui de revaloriser l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) et la tentative d'en faciliter l'accès, une meilleure reconnaissance du proche aidant et des aides pour celui-ci, ainsi qu'une volonté d'anticipation des conséquences du vieillissement pour accompagner au mieux la population dans tous les aspects de sa vie (*Grand âge*, 2020). L'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône Alpes exprime une volonté «de nouvelles aides et de nouveaux droits pour améliorer les conditions de vie à domicile des personnes âgées et ainsi répondre à la volonté d'une large majorité de Français : celle de vouloir continuer à vivre chez eux dans les meilleures conditions. » (*La loi d'adaptation de la société au vieillissement*, 2023)

Depuis 2017 le gouvernement prône le « Bien vieillir chez soi », avec divers plans nationaux. C'est dans cet esprit qu'en 2020 une nouvelle branche de la sécurité sociale est créée, qui couvre le risque autonomie, dirigée par la Caisse Nationale des Solidarités pour l'Autonomie (CNSA) (*Grand âge*, 2022). Un budget a été alloué pour mener à bien ce projet. Il contribuera notamment à soutenir les structures d'aides à domicile et à revaloriser les métiers de l'aide à domicile. (*Réforme de l'offre des services à domicile | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités*, 2023). Cette démarche est autant à destination des populations vieillissantes que des personnes en situation de handicap résidant à domicile.

La loi de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » est un tournant pour les personnes en situation de handicap avec des mesures concernant la prévention, la compensation ou encore l'accessibilité. (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005). Elle amène notamment la PCH (Prestations de Compensations du Handicap), qui donne droit à plusieurs types de compensations tels

que les aides humaines, techniques, animalières ou encore l'aménagement du logement. (*Guide de la loi du handicap*, 2006). Ces compensations possibles vont influencer la vie au domicile des personnes en situation de handicap.

C'est afin de faciliter le quotidien des personnes à domicile, que ce soit les personnes vieillissantes ou les personnes en situation de handicap, des AT existent. Jusqu'à aujourd'hui elles étaient préconisées par l'ergothérapeute, et prescrites par le médecin. Le décret du 28 avril 2022, vient changer ce fonctionnement. Il donne aux ergothérapeutes le droit de prescrire des AT ou dispositifs médicaux. C'est l'arrêté du 12 juin 2023 qui va donner des précisions sur ce que les ergothérapeutes seront en mesure de prescrire. (ANFE, 2023). Ce sont des changements très récents, qui vont également modifier les soins et l'aide à domicile du fait du rôle de l'ergothérapeute en structures et à domicile.

Du fait des directives prises par le gouvernement cette dernière décennie, la problématique du vieillissement à domicile et celle des AT à domicile sont liées, et sont des enjeux de santé publique.

Une question de recherche initiale : Quel est le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes dépendantes d'AT utilisées par des auxiliaires de vie à domicile et comment favoriser l'utilisation des AT ?

Nous verrons dans une première partie la personne dépendante à domicile et les AT, puis le rôle des auxiliaires de vie et des aidants à domicile en lien avec les éléments de la première partie, et enfin le rôle de l'ergothérapeute dans le choix et l'utilisation des AT. La seconde partie abordera la méthodologie de recherche utilisé pour répondre à la problématique, puis les résultats obtenus. Enfin, les résultats seront discutés au regard de la partie théorique.

# Partie théorique

## 1- Les personnes dépendantes d'AT à domicile

### 1. Personnes dépendantes à domicile

Le Modèle du Développement Humain et Processus de Production du Handicap 2 (MDH-PPH2), est un modèle conceptuel construit par Fougeyrollas (Fougeyrollas, 2010). Ce modèle conceptuel identifie 3 grands domaines : les facteurs personnels (facteurs intrinsèques) ; les facteurs environnementaux (facteurs extrinsèques) ; et les habitudes de vie. En fonction de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux, on définit les situations de participation sociale ou les situations de handicap. (Cf annexe I). Fougeyrollas explique que « lorsque des situations de handicap existent, cela veut dire que le milieu de vie des personnes ne leur permet pas de réaliser leurs habitudes de vie ou d'exercer leurs droits au même titre que les autres. » (RIPPH).

Ce modèle a été choisi pour écrire ce mémoire. On retrouve dans la situation de dépendance pour les personnes vieillissantes ou en situation de handicap à domicile, plusieurs facteurs influençant la participation sociale, et pouvant aller jusqu'à la situation de handicap telle que définie par le MDH-PPH2. Les facteurs personnels (facteurs identitaires, systèmes organiques, aptitudes) sont intrinsèques et appartiennent à la personne. Dans le cas de personnes dépendantes vivantes à domicile, ce sont les facteurs environnementaux (extrinsèques) qui vont influencer leur participation sociale et pouvoir être ajustés. En effet, on ne peut pas agir sur les facteurs personnels. Le MICRO environnement est l'environnement personnel de l'individu, celui qui se situe au plus proche de lui. L'environnement MACRO est sociétal et l'environnement MESO est communautaire, il est plus difficile de pouvoir contrôler cet environnement. Donc, si l'environnement, notamment le MICRO environnement, ne s'adapte pas aux besoins de la personne, cela peut entraîner des situations de handicap avec l'impossibilité de réaliser ses activités courantes ou de remplir ses rôles sociaux, à domicile. Ce qui revient donc à une situation de dépendance. Les personnes étant dépendantes d'AT et humaines à domicile, c'est l'environnement le plus proche d'eux qui influence directement leur quotidien et leur participation sociale, soit l'environnement MICRO. Les aides techniques et humaines font partie des éléments de l'environnement personnel et ont pour but d'être facilitatrices pour la personne à domicile.

La notion de dépendance ne se retrouve pas directement dans le MDH-PPH2, mais est sous-tendue par la notion de situation de handicap partielle ou totale, qui équivaut à cette notion de dépendance partielle ou sévère. Bloch (2020) nous donne les définitions de la dépendance et de l'autonomie. La dépendance correspond à l'incapacité totale ou partielle d'effectuer sans aide les activités de vie quotidiennes de toutes dimensions (sociales, physiques ou psychiques), et à être flexible à son environnement, à s'adapter à celui-ci. L'autonomie est la capacité à prendre ses propres décisions : effectuer des tâches, ou encore décider lesquelles faire ainsi que leurs modalités (quand, comment...). Bloch rappelle également l'importance de faire la différence entre dépendance et autonomie chez une personne. Comme il est souligné dans l'article, "autonomie n'est pas synonyme d'indépendance et inversement" (Bloch, 2020). La personne doit rester libre de choisir, donc autonome de son consentement si elle en a les capacités cognitives même si elle est dépendante.

D'après l'enquête « Femmes et hommes, l'égalité en question » de l'Insee (2022), 56 % des personnes handicapées âgées de 16 ans ou plus vivent à domicile. Une forte part de la population française est âgée aujourd'hui et une forte proportion semble être en perte d'autonomie. L'Insee estime que 2,5 millions de seniors seraient en perte d'autonomie, ce qui représente 15,3 % des personnes âgées de 60 ans ou plus. Ce chiffre ne devrait cesser d'augmenter dans les années à venir. En 2015, 700 000 personnes âgées étaient déjà considérées comme étant « en perte d'autonomie sévère ». Une grande part de personnes dépendantes vit donc à domicile et nécessite des aides régulières au quotidien. (Khaled Larbi et al, 2019). Une seconde enquête de l'Insee rapporte les mêmes constats, et exprime qu'une telle hausse augmenterait également les besoins d'accompagnement des personnes, en structure ou à domicile. (Martine Barré & Hélène Chesne, 2019). Un rapport sur les chiffres du handicap de la DRESS déclare qu'en fonction des critères utilisés, le nombre de personnes dépendantes ou handicapées à domicile, peut aller de 2,6 millions à 7,6 millions de personnes de 15 ans ou plus, ce qui représente une part importante de la population. (Aubert, 2023)

Le choix d'un maintien à domicile de la personne dépendante (seniors ou en situation de handicap), lui revient ainsi qu'à son entourage. (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), 2004). Concernant la personne protégée, à savoir sous tutelle ou sous curatelle, l'article 459-2 du Code civil, de la loi n°2007-308 du 5 mars 2007, stipule

qu'elle « choisit le lieu de sa résidence », et « qu'en cas de difficulté, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué statue », comme cela peut-être le cas après une hospitalisation. (*Article 459-2 - Code civil - Légifrance, s. d.*) Le fait que la personne protégée ait le libre choix de son lieu de résidence est un élément important de son autonomie (Véron, 2018). En effet l'article 415 du Code civil rappelle que la protection des majeurs « a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. ». Elle vise à favoriser l'autonomie de la personne. (*Article 415 - Code civil - Légifrance, s. d.*)

La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance de la République française (2007), ou encore la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU (*Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2020*), exprime que les choix de vie (famille, relation, mode de vie) ainsi que le lieu de résidence appartiennent à l'individu. Bien sûr, après une hospitalisation, il est de mise pour la personne, de prendre en compte les conseils des professionnels ainsi que de la famille, notamment dans le cas de besoin d'aide ou de soins supplémentaires. Le programme PRADO a été créé par l'assurance maladie en 2012, il a pour but d'accompagner les patients hospitalisés rentrant à domicile en anticipant leurs besoins (humains ou matériels par exemple) (*Prado, le service de retour à domicile, s. d.*). L'ARDH (Aide au Retour à Domicile après une Hospitalisation) attribuée par la caisse de retraite est un dispositif qui, comme PRADO, vise à accompagner le retour à domicile après un passage à l'hôpital pour qu'il soit optimal pour les personnes en situation de dépendance (*Être hospitalisé, 2022*).

En plus de ces dispositifs, le retour à domicile repose sur l'action coordonnée du service social de l'hôpital et de l'entourage des personnes (lorsque la personne n'est pas isolée), qui mettent en lien les différents acteurs du retour à domicile. Le service social exposera les différentes possibilités qui s'offrent au patient à la sortie d'hospitalisation. Il enclenchera les démarches administratives et fera un suivi de la situation (*Être hospitalisé, 2022*). L'entourage, le tuteur ou les services sociaux extérieurs à l'hôpital pour les personnes isolées vont devoir faire le relai entre les différentes informations telles que les préconisations d'aides (humaine ou matérielle), les informations données par le service social et les acteurs extérieurs. Ce sont eux qui vont mettre en place les soins et les aides à domicile. Ils peuvent notamment faire intervenir un SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile), pour coordonner l'aide et le soin à domicile. Avec l'intervention de revendeurs de matériel médical (RMM) et

de l'assurance maladie, ils vont également pouvoir se procurer et financer le matériel médical et les AT prescrites lors de l'hospitalisation (*Être hospitalisé*, 2022). Après avoir introduit les AT dans le quotidien des personnes dépendantes à domicile, voyons plus en détail les caractéristiques de celles-ci.

## **2. Les aides techniques :**

Le code de l'action sociale et familiale définit les AT comme : « Tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel y compris pour répondre à un besoin lié à l'exercice de la parentalité » (*Article D245-10 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance*). Selon la norme NF EN ISO 99995, les AT (ou produits d'assistance) ont pour but de « favoriser la participation, et protéger, soutenir, entraîner, mesurer ou remplacer les fonctions organiques, les structures anatomiques et les activités, ou prévenir les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de la participation ». La nuance entre AT et dispositifs médicaux (DM) est légère. Les DM vont être utilisés à des fins médicales et doivent avoir le marquage CE pour être mis à la vente. Pour les AT se trouvant sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP), la plupart sont des DM. Le fait pour une AT d'être reconnue comme dispositif, influence le financement, car l'assurance maladie rembourse en partie les DM inscrits sur la LPP (Cf annexe II). Concernant les AT, on distingue 3 catégories : celles figurant sur la LPP, celles qui n'y figurent pas, et les équipements d'utilisation courante. Les principales différences entre ces catégories vont être les différentes sources de financement possibles (assurance maladie, PCH : prestation de compensation du handicap, APA : allocation personnalisée pour l'autonomie, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé : AEEH jusqu'à 20 ans ...etc.). Les différents financements sont présentés dans l'annexe III, car il est complexe de tout expliciter (ANFE, 2023). Cela rend également les démarches des patients fastidieuses. D'autres modes de financement complémentaire peuvent exister tels que les mutuelles, la caisse de retraite, des aides exceptionnelles de la CAF ou de la CPAM, des aides sociales de communes ou départements, les fondations ou associations ou encore le Fonds départemental de compensation du handicap (FDC) (*Quelles sont les différentes solutions de financement des aides techniques/aides matérielles ?* 2023).

Dans l'esprit de favoriser le financement des AT, la PCH pour les AT représente un budget de 13 200 € par bénéficiaire, pour dix ans (sauf en cas de déplafonnement) (CNSA, 2023).

L'APA est un des financements principaux, et un plan de financement de l'APA sur deux inclut des AT (Faure. E, Miron de l'Espinay. A, 2021). Elle couvre à elle seule 80% des frais de maintien à domicile des personnes âgées. (Brion, 2023). Aguilova et al. (2014) nous rappellent que c'est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes IsoRessources) qui va définir le niveau de dépendance d'un patient, et avec cela, les aides auxquelles il pourra prétendre, comme montré dans l'étude de Brion. En effet, seules les personnes dans les catégories GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA. (Brunel, et al., 2019). Malgré toutes ces possibilités de financement, le prix d'achat ou le reste à charge reste un élément important influençant l'acquisition des AT.

La prescription est définie par le dictionnaire Larousse comme « Recommandation thérapeutique, éventuellement consignée sur ordonnance, faite par le médecin » ou encore un « Document écrit dans lequel est consigné ce qui est prescrit par le médecin. ». Dans les mœurs et les définitions, la prescription est associée au médecin. C'est également le cas pour les AT, alors que les connaissances des médecins sur celles-ci « sont bien souvent légères », car peu abordées durant les études (Rabischong, 2018). Depuis le décret du 28 avril 2022 (et l'arrêté du 12 juin 2023), l'ergothérapeute est également habilité à faire des prescriptions d'AT ou de DM, comme il était déjà courant de le voir dans les pays nordiques. Faire de l'ergothérapeute un prescripteur permet de supprimer un intermédiaire supplémentaire pour les patients et limite les coûts (Blanchard & al, 2013). Le rôle de prescripteur de l'ergothérapeute sera détaillé davantage dans la partie III.

Il y a diverses manières de se procurer les AT, cela peut être par les fabricants, les RMM ou encore des sites internet. En fonction du prestataire, les services et le suivi seront très variables. Plusieurs acteurs peuvent avoir un rôle de conseil, et d'accompagnement pour le choix de l'AT, tels que la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), les centres d'information et de conseil en aides techniques (CICAT), les équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) (*Aide technique et handicap*, 2023), ou encore le Centre Régional d'Information pour l'Agir Solidaire (CRIAS).

Une fois la personne rentrée à domicile et les aides humaines et matérielles en place, plusieurs raisons peuvent expliquer la mauvaise utilisation voir la non utilisation des AT. Bien souvent, les personnes et leurs aidants ne se sont pas appropriés l'AT en amont. En effet, souvent seule la famille est présente lors de la livraison du matériel par les RMM, très rarement les auxiliaires de vie à domicile (AVD). De plus, il y a un fort temps de latence entre les essais du matériel, et la livraison définitive du matériel. Les essais antérieurs peuvent être faits en présence d'un ergothérapeute, mais pas toujours en présence des aidants. Sans la présence d'un professionnel à la livraison, les aidants se retrouvent souvent en difficulté quant à l'utilisation du nouveau matériel, malgré parfois leur présence à des essais antérieurs. De ce fait, les AT sont mal utilisées et au fil du temps mises de côté car leur utilité est perdue de vue (Goutard & Egli, 2022). Dans le cas des personnes isolées et qui n'ont pas d'entourage proche, le problème va être accentué. Les essais de matériel ainsi que la livraison peuvent aussi avoir lieu lors de situation de grande vulnérabilité des patients, qui ne sont pas propices à l'implication du patient. Un entourage présent est donc un soutien de poids lors de l'arrivée d'AT, malgré une mauvaise utilisation qui peut être liée à la difficulté d'apprentissage (Goutard & Egli, 2022). Évidemment, un accompagnement très léger ou inexistant de la part de professionnels peut également être à l'origine d'une mauvaise ou non utilisation d'AT. (Denormandie et Chevalier, 2020)

Les personnes dépendantes n'intègrent généralement pas toutes les subtilités liées à l'utilisation du matériel. Cela peut s'expliquer par le fait que ce n'est pas elles qui vont être amenées à l'utiliser par la suite (comme un lève-personne). Elles doivent ensuite par leurs propres moyens, si elles n'ont pas d'entourage proche, expliquer à autrui comment utiliser ce matériel. Les explications étant approximatives, le constat finit par être le même que précédemment. Les capacités cognitives d'un patient impactent sa capacité à se souvenir et à appliquer les recommandations de manière indépendante et peuvent être à l'origine d'une mauvaise utilisation d'AT. Le manque de besoin perçu par le patient est également une explication (Harper et al., 2022). Montcharmont (2013) rapporte que cette perception peut être expliquée par le fait que les patients ne sont pas conscients ou n'acceptent pas toujours leurs pertes de capacités. La mauvaise/non utilisation des AT peut parfois s'expliquer par le fait que le patient a le sentiment de ne pas être impliqué dans le processus de prise de décision de l'AT ou encore par la stigmatisation qui accompagne l'utilisation ou la mise en place d'une

AT. De nombreux changements environnementaux sont induits par les recommandations des ergothérapeutes et ne sont pas respectés par les patients. De la même façon, on observe que moins de 50 % des patients appliquent la recommandation concernant le retrait des tapis. (Harper et al., 2022).

Un constat récurrent concernant la difficulté d'accès aux AT est le financement avec un reste à charge parfois considéré comme trop important (Denormandie et Chevalier, 2020), constat partagé par l'HAS (2023) et Harper et al (2022). Les auteurs mettent tous en avant des démarches administratives compliquées, longues et fastidieuses, tant pour les financements que pour se procurer les AT. Entre ces constats, et le fait parfois d'un sentiment de manque de choix (Harper et al., 2022) ou de choix inadaptés ou de moins bonne qualité (Denormandie & Chevalier, 2020), on a une perte d'autodétermination du patient, qui choisit selon ses moyens ou ce qu'il trouve, plutôt que ce qui lui serait le plus adapté. Malgré tout, plus les personnes possèdent de diplômes, moins les personnes sont en difficulté pour réaliser les démarches et accéder aux AT (Montcharmont, 2013). En effet, des facteurs personnels tels que les capacités cognitives ou de communication peuvent donc induire une mauvaise/non utilisation d'AT (Esbens et al., 2018)

Ces facteurs entraînent également des difficultés dans le cas d'interventions d'aidants professionnels tels que les AVD. Esbens et al (2018), évoquent des éléments propres à leur profession, qui impactent l'utilisation des AT au domicile des personnes. Ils nous rapportent une méconnaissance des habitudes de vie des patients, de la part des AVD non régulières, ou encore des difficultés de la part des patients à exprimer leurs besoins. Cela entraîne pour la patiente dépendante, de ne pas être autonome dans son quotidien, et donc une restriction de sa participation sociale. Les auteurs nous rapportent également que malgré la présence parfois de supports (fiches explicatives, cahier de liaisons) les habitudes de vie des patients sont peu respectées. Les AVD n'utilisent pas les supports à leur disposition et sollicitent systématiquement la patiente ou les proches, malgré les consignes données au service prestataire. (Esbens et al., 2018)

L'OMS fait les mêmes constats concernant les financements des AT, leur accès, malgré une conscience de l'utilité des AT dans le quotidien des personnes. C'est un gain pour l'autonomie. Elle alerte néanmoins, elle aussi, sur l'importance de former du personnel

qualifié pour accompagner l'acquisition d'une nouvelle AT, afin d'éviter la sous-utilisation des AT mais aussi la mise en danger des patients. Pourtant à l'échelle mondiale, peu de pays ont des programmes nationaux relatifs aux AT. Pour beaucoup de pays, l'accès aux AT dans le secteur public est très limité (restreint, voire inexistant). L'OMS souhaite un meilleur accès aux AT lorsqu'elles sont souhaitées. Au regard des inégalités d'accès aux AT, l'OMS considère l'importance de « Ne laisser personne de côté » et de veiller à ce que toute la population soit incluse dans la société, en bonne santé et vivre dignement, quel que soit son âge ou son état de santé. (*Principaux repères de l'OMS sur les aides techniques, 2024*)

## **2- Les auxiliaires de vie sociale et les aidants à domicile :**

Tous deux font partie de l'environnement micro et vont influencer la participation sociale de l'individu.

### **1. Les auxiliaires de vie sociale**

Concernant les AVD, l'intitulé de la profession est auxiliaire de vie sociale, mais auxiliaires de vie à domicile est aussi fréquemment utilisé (*(pcs2020-56D1-Auxiliaires de vie sociale | Insee, 2021)*), c'est pour cela que c'est l'acronyme AVD qui est utilisé tout au long de ce mémoire, afin d'avoir la notion de domicile. Les AVD sont des acteurs principaux de l'autonomie des personnes à domicile. En effet, « Un senior à domicile sur cinq est aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », cela représente 3 millions de personnes aidées. (Faure & al., 2021). De plus, en 2017, 98% des plans d'aide mis en place par l'APA prévoient au minimum une heure d'aide professionnelle (Brunel & al., 2019). La population étant vieillissante et le nombre de personnes âgées dépendantes à domicile en augmentation, une augmentation du besoin d'AVD en découle également. 190 000 foyers pourraient nécessiter l'intervention d'une AVD d'ici 2030 (Goupil et al., 2019).

Les AVD accompagnent les personnes âgées, en situation de handicap, malades ou dépendantes, dans la réalisation de leurs activités de vie quotidienne. C'est une aide à la personne, qui peut être amenée à soutenir les actes essentiels du quotidien (soins d'hygiène, lever, toilette, coucher, repas, entretien du logement, courses, sorties), hormis les soins infirmiers (Neyroud, 2023). On identifie normalement dans les structures d'aide à la personne, une différence entre une aide à domicile et une auxiliaire de vie. D'après SHIVA, boîte d'aide à la personne, l'AVD est formée pour prodiguer des soins tels que l'aide à la toilette, au lever,

au coucher à l'habillement, l'aide à la prise de repas, qui ne relèvent pas du champ de compétence de l'aide à domicile. L'aide à domicile n'intervient que pour les tâches d'entretien, pas pour le soin. (*Quelle est la différence entre une auxiliaire de vie et une aide à domicile ?*, 2023). Pourtant dans la réalité, cette distinction n'est pas visible. On retrouve cela avec le fait qu'une AVD ne doit pas faire de soins « médicaux » comme les pansements, les perfusions...etc, mais que dans le quotidien, beaucoup le font afin d'assurer la continuité des soins (Trabut, 2014). Le métier d'AVD est un métier difficile à border dans la réalité, dans les missions qui lui sont confiées et celles qui sont réellement réalisées.

De plus, cette profession est touchée par un très fort turn-over, qui peut s'expliquer par des « conditions d'emploi parmi les plus mauvaises du point de vue des rémunérations, de la sécurité de l'emploi, des conditions de travail et de la reconnaissance individuelle » (Trabut, 2014). C'est un réel enjeu pour le futur au vu du travail effectué par ces professionnels, et de la forte augmentation des besoins dans les années à venir. (Gass & Vinhal Goncalves Alvarenga, 2020). Pourtant on dénombre moins d'étudiants à destination de l'accompagnement éducatif et social ces dernières années (Yankan, 2020). L'AFM Téléthon et l'APF France Handicap évoquent déjà une crise pour les patients en situation de handicap avec un manque d'aide à domicile (Houdayer, 2023).

Aujourd'hui le diplôme pour être AVD est le Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social – DEAES (anciennement diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale – DEAVS). Il peut être acquis par formation (initiale ou continue, possibilité d'apprentissage) ou par validation des acquis de l'expérience (VAE). (*Auxiliaire de vie | MétierScope par Pôle emploi*, s. d.). Le métier d'AVD est presque exclusivement exercé par des femmes, et peu de salariés ont suivi la formation. Plus de 55% exercent grâce à une VAE (Trabut, 2014). Pourtant Ville & Nourimangold (2014) exposent que malgré une validation centrée sur l'expérience, les savoirs académiques dispensés lors de la formation sont un réel plus.

Abordons maintenant le lien entre AVD et AT. Le DEAES est divisé en 5 blocs de compétences. Seul le premier bloc de compétence, à savoir « Accompagnement de la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne », fait mention d'AT dans le référentiel de compétence : « Identifier, sélectionner et utiliser les AT, les outils spécifiques et les modalités d'apprentissage adaptés pour développer ou maintenir l'autonomie de la

personne accompagnée ». La compétence « Mettre en œuvre des méthodes et outils d'accompagnement adaptés pour permettre à la personne de réaliser ses activités » s'en rapproche également (*RNCP36004 - DE - Accompagnant éducatif et social*, s. d.). On ne trouve aucune donnée supplémentaire sur les AT dans la formation des AVD. Les modalités d'évaluation de cette compétence étant une épreuve écrite et un dossier professionnel pour les 16 compétences du bloc 1, l'aspect des AT dans la formation semble peu considéré et difficile à évaluer sans des épreuves pratiques. Il n'est pas fait mention de manutention, étant pourtant « un acte essentiel dans la prise en charge d'un patient » (Malet & Benchekroun, 2012) et pouvant accompagner l'utilisation des AT. Même lorsque l'on questionne les fiches métier, les compétences en lien avec les AT ou de manutention ne sont pas, ou peu citées. Le site Groupeactual (*Fiche métier*, 2022) mentionne seulement « utiliser du matériel médical spécialisé », « connaître les gestes et postures de manutention de personnes » comme compétence en lien, alors que la fiche métier de Pôle emploi n'en mentionne aucune en lien direct. Le recrutement d'AVD qualifié pour utiliser des AT essentielles au quotidien des personnes semble donc compliqué. Pour preuve, Antoine Durand, atteint d'une myopathie de Duchenne et étant en fauteuil et dépendant d'aide humaine a écrit un livre « Bien recruter son équipe d'auxiliaires de vie : Le guide complet en 12 étapes ». Il a décidé de passer par l'emploi direct afin d'avoir une meilleure autonomie et de ne pas être « limité » par les contraintes d'un service prestataire (Durand, 2022).

Il est difficile de connaître à l'avance le profil de l'AVD qui va intervenir auprès des patients. En effet, les acquis d'une AVD à l'obtention de son DEAES sont très dépendants des stages effectués durant la formation. Selon les stages réalisés, certaines auront pu expérimenter l'utilisation des AT et la manutention, alors que d'autres n'en auront pas forcément eu l'occasion. Bien que la formation ait été achevée, on perçoit une différence entre la théorie, pourtant primordiale, et la pratique, qui font la technique du futur professionnel (Houdeville & Riot, 2011). Pourtant, malgré des profils d'AVD diplômés aux acquis techniques hétérogènes, les critères d'embauches et d'attribution des prestations sont incohérents. En effet, le secteur étant en grande difficulté pour recruter durablement, les structures recrutent et valorisent les AVD flexibles, disponibles en termes d'emploi du temps, indépendamment de leur formation (Trabut, 2014). Cela signifie que malgré un manque de compétence technique, les AVD peuvent être assignés à des interventions qui ne répondent

pas à leur qualification. Des AVD ne maîtrisant pas les AT peuvent tout à fait être envoyés sur des postes nécessitant de lourdes capacités de manutention. Cela peut rendre un retour à domicile problématique pour les personnes dépendantes nécessitant de nouvelles AT.

Une des conséquences de ces interventions sans technique suffisante peut être la blessure, et donc l'accident du travail. De nombreuses AVD se blessent lorsqu'elles interviennent auprès de patients qui se mettent en danger involontairement, comme le cas de personnes fragiles qui chutent à domicile, ou l'AVD intervient et se blesse (souvent au dos) pour éviter la blessure du patient (Polesi, 2014). L'assurance maladie (2023) estime à 53% la part des accidents du travail liés à la manutention manuelle chez les AVD.

Les lombalgies et les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont très présents chez les soignants. En effet « 59,2 % des salariés du secteur santé rapportent la survenue de symptômes lombaires de type courbatures, gênes et/ou inconforts, 30 % durant les sept jours précédant l'examen clinique », pouvant aller jusqu'à la chronicisation des douleurs. C'est ce que vise à réduire, le programme « zéro lift », venant d'Amérique du Nord et du Canada. Le fait de ne plus porter, de réduire les efforts physiques et de faire participer le patient (quand cela est possible) réduit considérablement les TMS chez les soignants. De plus, la manutention manuelle, cause de tant d'accidents du travail chez les AVD peut être limitée grâce à l'utilisation d'outils d'aide à la manutention manuelle (Caroly et al., 2009). Pourtant, la contrainte de temps, souvent évoquée par les soignants, est une des principales raisons de non utilisation d'outils d'aide à la manutention manuelle (Guffroy et al., 2014). C'est aussi le cas des AVD, qui vont préférer faire rapidement, leur temps d'intervention étant limité, plutôt que de faire plus lentement en faisant attention à leur corps. Cela est dû au fait que lors du DEAES, les compétences qu'elles acquièrent concernant la manutention sont insuffisantes et pas forcément maîtrisées.

## **2. Les aidants à domicile**

Les aidants professionnels (AVD), et non professionnels (famille, entourage) sont des acteurs essentiels du maintien à domicile et sont primordiaux pour celui-ci. En effet, « près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnels, le tiers restant recevant une aide mixte, c'est-à-dire à la

fois par des aidants professionnels et de l'entourage. » (Faure & al., 2021). Il semble donc important de les aborder.

Giraudet Le Quintrec & Cantegreil-Kallen (2016) désignent l'aidant naturel comme des « aidants familiaux, personne de confiance et soignants informels ». L'Article 51 - LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1) - Légifrance (2015) désigne «comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. ». On retrouve au premier plan la notion de famille. Giraudet Le Quintrec & Cantegreil-Kallen (2016) nuancent ces termes en définissant les aidants familiaux ou naturels comme ayant des liens familiaux établis, et le proche aidant comme entourage proche, sans appartenance au noyau familial. En France en 2008 « 7,6 millions de personnes âgées de 16 ans ou plus aident, de façon régulière, un ou plusieurs de leurs proches à leur domicile, pour raison de santé ou de handicap, dans les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage...), les tâches quotidiennes (courses, ménage...) ou les soins (visite chez le médecin, prise de médicaments...) » (Blavet & Caenen, 2023).

L'impact sur le quotidien de ces aidants non professionnels est considérable, et fluctue en fonction de la charge qui pèse sur eux, à savoir s'ils sont les seuls aidants ou non, s'ils vivent avec la personne mais également en fonction des limitations de cette dernière. On dénombre plus de 50% des aidants qui sont moyennement ou très impactés par leur rôle d'aidant (Blavet & Caenen, 2023). D'autant plus que c'est de leur capacité à répondre aux besoins de la personne aidée dont va dépendre le maintien à domicile (Latulippe et al., 2019). Enfin, « La catégorie des proches aidants les plus impactés regroupe des conjoints, des parents et des enfants » (Blavet & Caenen, 2023), donc les aidants considérés comme familiaux semblent plus impactés.

Micklewright & Farquhar, (2023) les définissent comme « informal carers » soit « aidants informels ». Ils rappellent que ces aidants ont un rôle central, permettant ainsi d'éviter l'institutionnalisation, de faciliter les sorties d'hospitalisation et le retour à domicile des

patients mais également de soulager les services hospitaliers. Ils s'accordent également à dire que l'impact sur leur santé et leur quotidien peut être considérable au vu du nombre de tâches qu'ils sont amenés à suppléer (« les tâches ménagères, la préparation des repas, la gestion des rendez-vous médicaux et des médicaments, les courses, la gestion financière et les soins personnels »).

Comme énoncé dans la partie 1, c'est généralement l'aidant (ou le tuteur) qui organise le retour à domicile et la mise en place des AT ainsi que la gestion des aides humaines au quotidien. C'est l'aidant qui doit communiquer avec les AVD concernant les besoins de la personne aidée et les équipements qui lui sont nécessaires afin de respecter ses habitudes de vie et ses rôles sociaux. Sans cette communication de l'aidant, il y a une perte d'informations impactant l'utilisation des AT (Esbens et al, 2018). Les informations fournies aux aidants, relatives aux choix des AT, peuvent être données par le pharmacien qui est normalement en capacité d'« apporter son expertise au patient dont il est en mesure d'évaluer les besoins. » (Battu, 2017). Les RMM et les ergothérapeutes peuvent également conseiller et accompagner, cela sera détaillé lors de la prochaine partie en lien avec le rôle de l'ergothérapeute.

### **3- Le rôle des ergothérapeutes lors de l'arrivée d'AT à domicile :**

#### **1. Qu'est-ce qu'un ergothérapeute**

L'ergothérapeute est appelé Occupational Therapist à l'étranger. Il travaille sur prescription médicale. Son travail vise à maintenir l'autonomie des patients dans les activités de vie quotidienne, quel qu'en soit le domaine. Il intervient « dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace » (ANFE, 2023). Pour cela, il peut notamment préconiser des AT : d'après le référentiel de compétence il peut « adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques. » (*RNCP18363 - DE - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute*, s. d.). Depuis peu, il est également habilité à prescrire des AT ou DM.

## 2. Rôle de préconisation et de prescription

Pour acquérir les AT les plus adaptées, deux étapes sont essentielles : la préconisation, suivie de la prescription. La préconisation est définie comme le fait de préconiser, à savoir de « conseiller quelque chose, le recommander vivement » (Larousse 2023). Cette action est réalisée autant que possible par l'ergothérapeute. Cela fait partie des compétences qu'il acquière lors de sa formation (*RNCP18363 - DE - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, s. d.*). De plus, il a des qualifications spécialisées et techniques sur les AT et il est formé pour identifier les besoins des patients dépendants (Blanchard & all, 2013). Depuis l'arrêté du 12 juin 2023 entré en vigueur le 1<sup>e</sup> juillet 2023 (Arrêté du 12 juin 2023 relatif aux conditions de prescriptions des dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes, 2023), qui fait suite au décret du 28 avril 2022, la prescription peut être réalisée par un ergothérapeute et plus seulement par un médecin. La prescription par l'ergothérapeute permet une meilleure identification des besoins de compensation et des réponses plus adaptées en vue de l'autonomie des patients (Blanchard & all, 2013).

Le processus que réalise l'ergothérapeute pour préconiser et prescrire une AT sera décrit à l'aide de deux documents : le rapport de Denormandie et Chevalier (2020), et le rapport de l'HAS (2007) relatif à l'acquisition d'une AT. En s'appuyant sur le vocabulaire du MDH-PPH2, les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie vont être évalués par l'ergothérapeute afin d'identifier les besoins et de conseiller le matériel le plus opportun. Concernant les facteurs personnels, on retrouve la dimension physique avec les capacités de la personne, et/ou les déficiences en lien avec une/plusieurs pathologie(s). La dimension psychique, comme sa santé mentale ou encore les fonctions cognitives du patient vont être à prendre en compte pour le processus d'acceptation lié à l'acquisition d'une AT, mais également son apprentissage. Il est pertinent d'avoir une idée des ressources de la personne, pour lui proposer les solutions les plus adaptées. Ensuite, il faut s'intéresser aux facteurs environnementaux. Les facteurs physiques tout d'abord comme le logement, son accessibilité, sa configuration afin de savoir où et dans quel contexte les AT vont être utilisées. Puis les facteurs sociaux comme les aides humaines, l'entourage, pour comprendre qui sera amené à les utiliser. Enfin, les habitudes de vie sont également essentielles. Elles permettent de connaître le contexte d'utilisation d'une AT (fréquence, localité), et comprendre l'importance des tâches réalisées pour la personne afin de prioriser les recommandations

d'AT. Ce temps de recueil d'informations est primordial, c'est un temps d'échange, de conseil mais également d'évaluation. Par cette démarche, l'ergothérapeute accompagne durant les essais lors desquels il est présent et idéalement pour le temps d'apprentissage de l'AT. Il étudie les choix les plus adaptés selon la demande, les ressources et les projets du patient. Les intervenants préconisant les « kits retour à domicile » sont très loin de cette démarche. L'impact est même contre-productif, étant un critère important de non utilisation des AT préconisées.

C'est grâce à cette démarche que l'ergothérapeute était jusqu'à maintenant le plus apte à préconiser une AT, et c'est dans cet esprit qu'il peut aujourd'hui les prescrire. Il a une approche centrée sur le patient et individualisée, prend en compte les besoins du patient et soutient la mise en place des AT lorsque cela est possible. (Harper et al., 2022).

D'autres critères, cette fois-ci propres à l'AT, sont également importants à prendre en compte lors des préconisations et prescriptions : la durée d'usage, la réparabilité, le réemploi, la réutilisation et la robustesse. Le réemploi d'une AT consiste à l'utiliser de nouveau pour la raison pour laquelle elle a été créée, alors que la réutilisation correspond au fait de réutiliser l'AT, mais pas forcément de la façon pour laquelle elle a été créée. Ces critères sont importants pour des raisons financières et dans un esprit de respect du développement durable et de fonctionnement en économie circulaire concernant les AT. La robustesse, est également essentielle pour la sécurité des patients et la responsabilité professionnelle de l'ergothérapeute (Villedéy et al 2022).

Les visites à domicile (VAD) font partie des expertises réalisées par l'ergothérapeute pour améliorer les retours à domicile après une hospitalisation, grâce à la prescription des AT les plus adaptées. En effet, une VAD permet des essais en situation écologique et permet de mieux comprendre les rôles et habitudes de vie du patient (Crennan & MacRae, 2010). Les VAD avant sortie d'hospitalisation permettent plus de sécurité lors du retour à domicile. Elles limitent les retours avec des aides inadaptées, que ce soit trop d'aide ou trop peu. Les constats faits en VAD sont finalement différents de ceux faits à l'hôpital, et assurent de meilleures recommandations de l'ergothérapeute (Nygård et al., 2004). De plus, on relève une meilleure adhésion des recommandations concernant les aménagements du logement, lorsque celles-ci sont faites lors de VAD (Lockwood et al., 2020). Cela favorise probablement une meilleure participation sociale des personnes rentrant à domicile.

### **3. Rôle de l'ergothérapeute en lien avec les AVD et les AT à domicile**

De nombreuses structures emploient des ergothérapeutes pour accompagner les patients dépendants dans le choix de leur AT et/ou dans leur mise en place. Selon les structures, le rôle de l'ergothérapeute ne sera pas le même, et il n'interviendra parfois que pour une ou plusieurs étapes aboutissant à l'acquisition et l'usage de l'AT. Le but étant que cet usage soit durable, donc à la fois maîtrisé par les proches aidants, et les aidants professionnels comme les AVD. Plusieurs structures vont être présentées, ainsi que le rôle de l'ergothérapeute en lien avec l'obtention d'une AT.

Le rôle de l'ergothérapeute en service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et en service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) étant proche, il sera étudié conjointement. Ces services ont pour objectif d'accompagner la personne en situation de handicap, afin qu'elle puisse mener ses projets de vie de la manière la plus autonome possible. Ils sont accessibles suite à une décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.), pour une période donnée. Le SAMSAH a en plus une dimension en lien avec les structures médico-sociales (Desjeux, 2017). Les ergothérapeutes des SAMSAH/SAVS tentent de s'assurer que les habitudes de vie des patients sont respectées au maximum, afin de favoriser leur participation sociale au quotidien (Esbens et al, 2018). Pour cela, les ergothérapeutes interviennent au domicile des personnes, et peuvent faire des préconisations d'AT, et d'aides humaines si elles ne sont pas déjà en place. Ils ont un rôle de lien entre différents acteurs, notamment entre les patients et les aides à domicile, et effectuent un suivi dans le temps des patients. Les ergothérapeutes de SAMSAH/SAVS, peuvent donc préconiser, effectuer un suivi des patients, et peuvent en cas de besoin être amenés à former des AVD concernant les AT utilisées chez les patients.

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est l'organisme qui attribue les prestations et les droits aux usagers en matière de compensations du handicap. C'est notamment le cas de la PCH. Elle a « une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. » (*Article L146-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance*). L'ergothérapeute en MDPH est membre de l'équipe pluridisciplinaire et participe à l'évaluation du dossier des patients et à l'identification des

besoins de celui-ci. Il réalise des VAD afin d'évaluer les besoins de compensations et fait des préconisations (Legendre-Lepinoy, 2022). Il est essentiel d'avoir suffisamment d'ergothérapeutes formés à la MDPH, pour permettre une meilleure identification des besoins et attribution des aides en conséquence (HAS, 2007). En MDPH, l'ergothérapeute réalise donc seulement des VAD et des préconisations. Il n'a aucun suivi sur les choses mises en place.

L'APF France handicap est la plus importante association française qui accompagne les personnes en situation de handicap et leurs proches. Elle propose un grand nombre de formations pour les professionnels qui accompagnent les personnes en situation de handicap. Ces formations se font sur demande uniquement. (*Offre médico-sociale - APF Formation, 2021*). Les missions des ergothérapeutes à l'APF sont variées et multiples, comprenant un accompagnement du patient et notamment la « préconisation d'adaptations, d'aides techniques, d'aménagement de l'environnement, visite à domicile à visée fonctionnelle ou d'aides techniques » d'après une offre d'emploi de APF France Handicap (2024). L'ergothérapeute peut réaliser des VAD et un suivi auprès du patient. Il est envisageable que le processus de préconisation soit réalisé entièrement, allant de l'évaluation, aux essais, à l'apprentissage à domicile par les divers aidants (professionnels ou non) et au suivi. Les AVD travaillant dans des structures externes à l'APF peuvent donc être formés suite à la demande de leur employeur. Cela pourrait être une ressource exploitable par le service prestataire en cas de besoins de formations complémentaires de manutention ou concernant les AT.

Les prestations proposées par les RMM à domicile sont très variées. Certains se contentent de livrer ce qui a été commandé, d'autres se disent expert en conseils sans formation spécifique, d'autres emploient des ergothérapeutes. Les RMM avec des ergothérapeutes peuvent proposer des conseils, un diagnostic, la formation des aidants et la livraison à domicile, comme c'est le cas pour Bastide (*Location De Matériel Médical | Bastide Le Confort Médical, s. d.*). Il propose un accompagnement complet par l'ergothérapeute. L'organisme Autonomie et Santé propose des aides personnalisées et adaptées, suite à une expertise, ainsi que la livraison et de potentiel essai. Aucune information n'est donnée sur la formation relative à l'utilisation du matériel (*Autonomie et Santé, s. d.*). Il semble en être de même pour le fonctionnement d'Harmonie Médical Service (*Harmonie Médical Service, s. d.*). Tous ne semblent pas embaucher des ergothérapeutes de formation, ce qui peut par la suite

avoir un impact sur l'identification des besoins et le matériel proposé. Le choix du RMM appartient aux patients et à son entourage.

Le centre régional d'information pour l'agir solidaire (CRIAS) est une association lyonnaise qui emploie plusieurs ergothérapeutes. Leurs missions sont de conseiller les personnes âgées ou en situation de handicap et leurs aidants. Le CRIAS possède un appartement ELSA (Equiper son Logement en Solutions Adaptées), dans lequel tous types d'AT sont présentes, et peuvent être essayées par les personnes, en présence d'un ergothérapeute. Les ergothérapeutes peuvent se rendre à domicile, mais de manière ponctuelle, dans le cas de la collaboration avec la complémentaire retraite de l'AGIR ARCCO (pour les plus de 75 ans). Même sans VAD, il y a un travail d'identification des besoins qui est fait par l'ergothérapeute, avec si possible des mises en situation dans l'appartement ELSA. Des propositions d'aides adaptées sont ensuite proposées. Les ergothérapeutes rédigent un compte rendu détaillé lors de chaque sollicitation (dans la structure, par mail ou à domicile), fournissent les fiches techniques concernant les AT ainsi que leur utilité et une liste de RMM. Ils ne font pas de suivi, donc ne sont pas présents pour la livraison ou l'apprentissage de l'AT. Une des autres missions du CRIAS est la formation. Ils forment tous les professionnels, d'aide ou de soins, selon les demandes. Leur objectif est la prévention des risques pour les patients, tout comme les soignants (*Découvrez des solutions adaptées à chacun, s. d.*). Le CRIAS, comme l'APF pourrait être sollicité par des services d'AVD pour de la formation complémentaire. (*J'ai besoin de solutions adaptées pour mon quotidien, s. d.*)

Les centres d'informations et de conseils sur les aides techniques (CICAT) sont au nombre de 21 en France, soit presque un par région (22 anciennes régions). Ils ont les mêmes missions que le CRIAS, mais sont plus nombreux contrairement au CRIAS qui est unique dans le Rhône (69). Comme le CRIAS, le CICAT a un local avec des nombreuses AT que les patients et les proches peuvent essayer. Ils fournissent pareillement un compte rendu détaillé et les listes d'installateurs/ RMM. Il propose également le prêt de matériel afin de pouvoir tester en environnement écologique. (CNSA, 2019)

Goutard, D. et Egli, R. (2022) ont analysé la création d'une technicotèque par le CICAT du pays de la Loire. La technicotèque propose, en lien entre les différents acteurs (famille, professionnels, prestataires de service, distributeurs de matériel médicaux), un

accompagnement complet de la part d'un ergothérapeute. L'accompagnement de l'ergothérapeute allant de l'évaluation précis des besoins, à la formation des aidants avant, et après la livraison, il permet de pérenniser l'utilisation de l'aide technique à domicile. Avec ce suivi on élimine les causes de la mauvaise utilisation d'AT telle que : une perte ou manque d'information, une incompréhension des aides indiquées, un manque de formation et d'accompagnement, et un manque d'aidants formés.

Pour finir, abordons les équipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques (EqLAAT). Elles sont au nombre de 24 en France, à l'initiative de la CNSA. Le but de ces équipes est d'accompagner les patients dans l'acquisition d'une nouvelle AT. Ces équipes réalisent entièrement le processus nécessaire à l'appropriation durable d'une AT par un patient, à savoir l'évaluation par une VAD, les choix et les essais avec le patient, la présence à la livraison, un suivi administratif et concernant l'utilisation de l'AT au domicile (*EqLAAT, Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques – Hacavie, 2021*). C'est cette prise en charge complète qui semble être la meilleure indicatrice d'une bonne utilisation d'AT.

Il n'y a pas de notion pour le moment de la prescription dans la littérature, cela étant très récent. Néanmoins cela ne change en rien le processus de préconisation, qui va maintenant aller jusqu'à la prescription.

# Question de recherche et hypothèse

Plusieurs informations recueillies dans la littérature sont contradictoires. Lorsque le processus de préconisation (qui va s'appliquer à la prescription) est détaillé, on retrouve le fait que l'ergothérapeute soit présent lors de toutes les étapes aboutissant à l'utilisation viable de la nouvelle AT (évaluation, essais, livraison, apprentissage). Or, au vu de l'étude des différents rôles de l'ergothérapeute dans les structures, il est finalement peu courant que l'ergothérapeute réalise systématiquement l'entièreté du processus (seulement dans les EqLAAT et la technicothèque). Le manque de formations des aidants pourrait être pallié à l'aide de la formation par les ergothérapeutes concernant les AT des personnes chez qui elles interviennent. Mais la situation de turn-over des AVD rend cela complexe.

**Ma question de recherche est donc comment favoriser la bonne utilisation des AT par les auxiliaires de vie à domicile ? Regard croisé des prescripteurs (ergothérapeutes) et des utilisateurs (les AVD).**

**Hypothèse** : l'accompagnement complet par l'ergothérapeute semble grandement limiter la mauvaise ou la non utilisation des AT, grâce à une meilleure identification des besoins, des aides adaptées, un lien entre les différents intervenants et une utilisation intégrée par les différents aidants (professionnels ou non).

# Partie exploratoire :

## 1- Choix des outils

Pour répondre à la problématique qui s'intéressait à la vision des ergothérapeutes et des AVD, le choix a été fait de créer deux outils d'investigation ayant des objectifs différents.

Premièrement, un questionnaire anonyme, sous le format Google Forms a été réalisé, à destination des AVD. C'est une méthode quantitative, qui visait à recueillir la perception des AVD, celles-ci étant au cœur du sujet. Le questionnaire a été choisi préférentiellement à l'entretien afin d'avoir une meilleure représentativité des répondants. Le but était de repartir de constat de terrain dans l'intérêt du patient.

Le second outil utilisé a été l'entretien semi-directif. Cette méthodologie a été choisie afin de collecter des données qualitatives plus précises auprès des ergothérapeutes. Il permettait d'aborder des thèmes prédéfinis à l'aide de questions ouvertes et de pouvoir enchérir sur les propos des thérapeutes. L'objectif de ces entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes était d'avoir la vision de terrain des préconisateurs/prescripteurs.

## 2- Construction des outils d'investigation

Concernant l'étude quantitative, le questionnaire s'intéressait à l'utilisation des aides techniques et du matériel présent chez les bénéficiaires, par les auxiliaires de vie. Il questionnait notamment leur ancienneté, leurs formations, les AT qu'elles peuvent rencontrer ainsi que leurs utilités, et les aspects pouvant influencer leur utilisation des AT au domicile des patients. Le questionnaire est constitué de 15 questions, 14 sont sous forme de questions à choix multiples, avec plusieurs propositions de réponses et une possibilité de réponse courte supplémentaire. La dernière question est une question ouverte, donnant lieu à une réponse courte des répondants. Le questionnaire vierge est présenté en annexe.

Pour l'étude qualitative, deux grands thèmes étaient abordés lors des entretiens, concernant la pratique des ergothérapeutes : leur pratique relative aux AT utilisés par les AVD, et la mauvaise/sous-utilisation des AT à domicile par les aidants. Plusieurs indicateurs ont été associés à ces thèmes, et ont eu pour but de donner des éléments pour répondre à la problématique de recherche. La trame d'entretien initial est commune à tous les

ergothérapeutes interrogés, et sera présentée en annexe. Dans la trame d'entretien, certaines phrases sont en italiques. Elles correspondent à d'éventuelles questions de relances.

### **3- Choix de la population**

A propos de l'analyse quantitative, toutes les personnes exerçantes ou ayant exercé en qualité d'auxiliaire de vie à domicile ont eu la possibilité de répondre au questionnaire. Ce choix a été fait afin de questionner la réalité de la profession d'AVD.

L'objectif de l'analyse qualitative était d'interroger des ergothérapeutes n'intervenant pas au même niveau du processus de préconisation d'une AT, à savoir :

- un ergothérapeute qui fait seulement évaluation des besoins et préconisation, exerçant en MDPH, au CRIAS ou en CICAT.
- un ergothérapeute exerçant en service d'hospitalisation complète (neurologie), faisant des évaluations et des préconisations dans le cadre d'hospitalisations, qui va être impliqué pour la mise en place des AT à domicile, possiblement utilisés par des auxiliaires de vie, dans le cas de RAD.
- un ergothérapeute travaillant chez un RMM, qui intervient pour la livraison notamment, mais quelle va être sa place dans le reste du processus de préconisations (Évaluation, essais, apprentissage).
- un ergothérapeute faisant l'entièreté du processus (évaluation, essais, livraison, apprentissage), exerçant en SAMSAH-SAVS, ou en EQLAAT.

Ces pratiques ont été sélectionnées afin de pouvoir confronter les données théoriques et pratiques. Ces choix visent également à interroger et confronter la pratique de plusieurs ergothérapeutes, en poste dans des structures différentes, afin de comparer ou mettre en commun des éléments de leur pratique. Cette étude qualitative tente de faire émerger un point de vue personnel des professionnels interrogés, propre à leur pratique.

### **4- Recrutement des répondants**

Les ergothérapeutes ont été contactés par mail dans l'hypothèse de la participation à un entretien. Ils faisaient partie de contact obtenu à l'issue de stage professionnel, ou grâce au réseau professionnel constitué au fil des années de formation.

Plusieurs moyens ont été utilisés pour diffuser le questionnaire à destination des AVD. Ayant été auxiliaire de vie, le questionnaire a été diffusé à d'anciens collègues de travail, par le biais de mon ancienne direction. De plus, après avoir échangé avec des nombreuses personnes en lien avec mon sujet, des personnes ont pu être des ressources pour la diffusion de ce questionnaire. Une éducatrice spécialisée travaillant en SAMSAH-SAVS a pu, après validation, faire diffuser le questionnaire par le biais de sa direction. Une connaissance ayant travaillé comme AVD a également pu contacter l'association dans laquelle elle avait exercé, afin que celle-ci diffuse le questionnaire à ses employés. Le questionnaire a ainsi eu la possibilité d'avoir de répondants de 6 services d'AVD différents.

## 5- Aspects éthiques

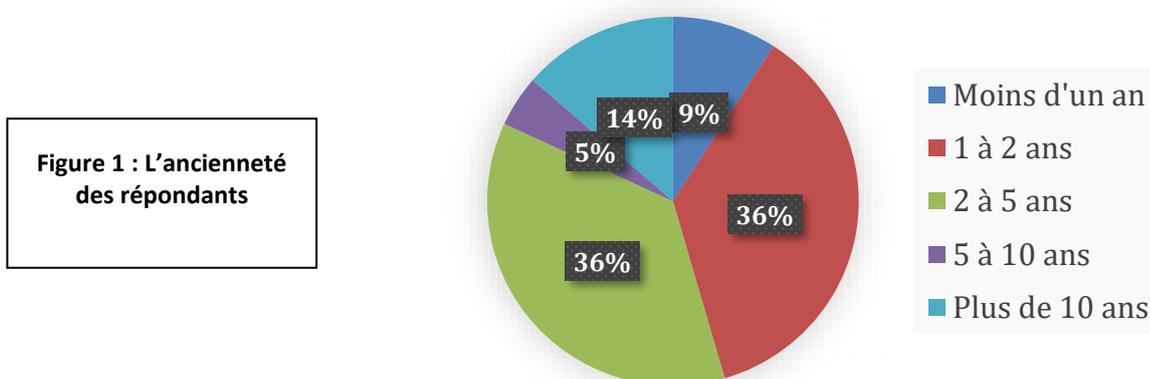
Afin de protéger les participants à cette étude (qualitative et quantitative), les aspects éthiques impliqués par la loi Jardé (Décret N°2017-884 du 9 mai 2017) sont respectés lors de cette recherche exploratoire. Avant chaque entretien, un formulaire de consentement a été communiqué et signé par chaque participant de l'étude qualitative. Il informe sur l'objectif de la recherche, les modalités d'entretien et le traitement des données recueillies. L'anonymat et la confidentialité des données obtenues sont respectés, sans jugement de valeur, pour l'étude qualitative, et quantitative.

## Analyse des résultats : étude quantitative

L'analyse des résultats se fait sur une base de 22 réponses obtenus, concernant l'utilisation des aides techniques et du matériel présents chez les bénéficiaires par les AVD.

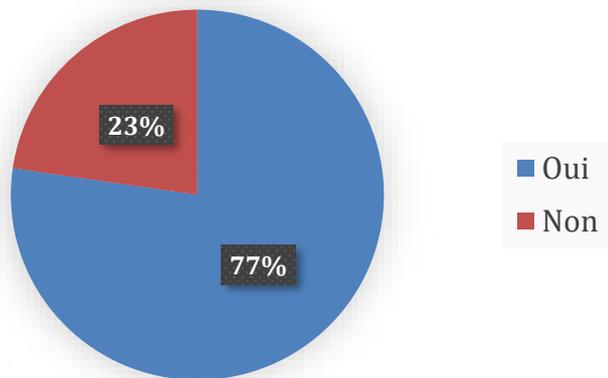
### 1- Le profil des AVD

Voici tout d'abord un graphique présentant l'ancienneté de pratique des répondants.



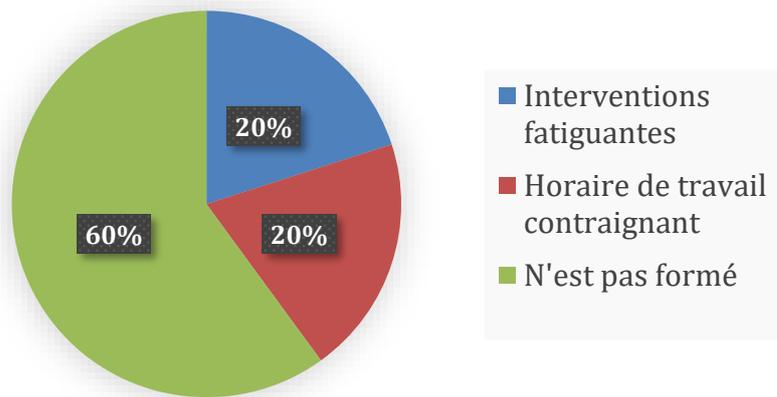
Concernant les répondants, voici un graphique présentant les personnes intervenantes ou non avec des AT à domicile.

**Figure 2 : Les personnes intervenantes avec des AT à domicile**



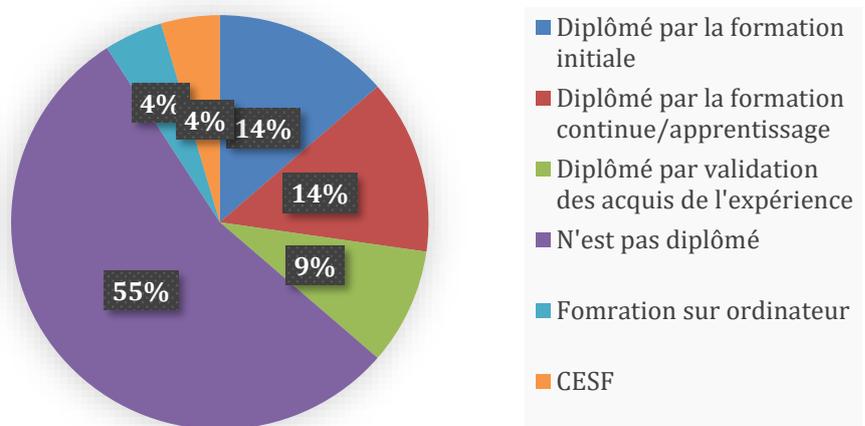
Parmi les raisons expliquant le fait que les personnes n'effectuent pas d'interventions manipulant des AT, on retrouve :

**Figure 3 : Les raisons expliquant le fait que les personnes n'effectuent pas d'interventions manipulant des AT**



Retrouvons sur le graphique suivant, les conditions dans lesquels les auxiliaires de vie exercent :

**Figure 4 : Les conditions dans lesquelles les auxiliaires de vie exercent**

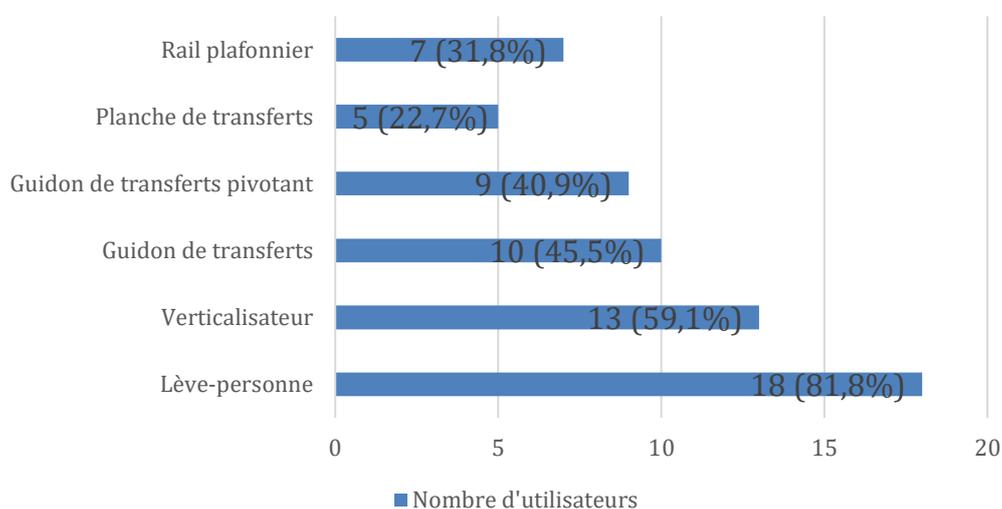


CESF : Conseiller en économie sociale et familiale

## 2- AT rencontré et leur utilité

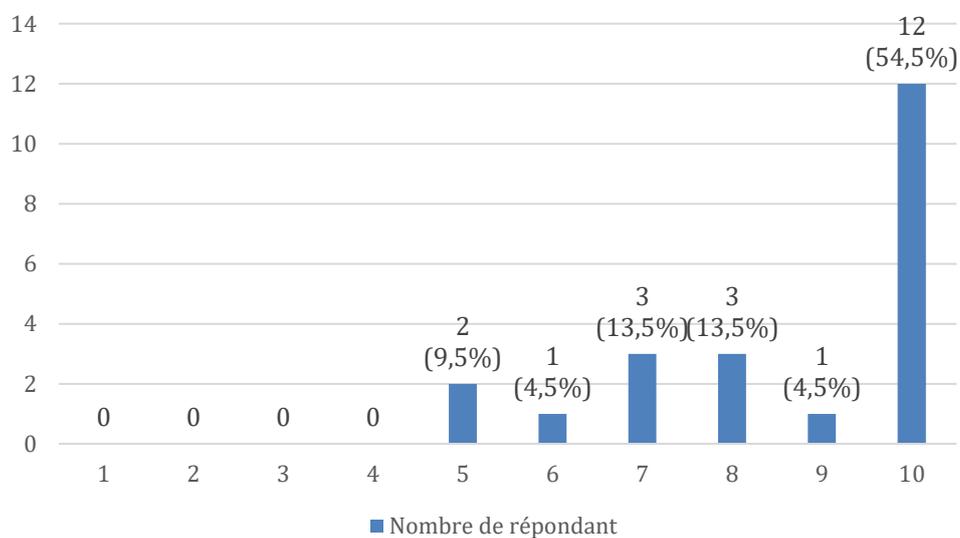
Concernant les AT utilisées par les AVD à domicile, voici un diagramme présentant les AT les plus utilisées par les AVD.

**Figure 5 : Les AT les plus utilisées par les AVD**



L'histogramme suivant présente l'utilité des AT perçue par les AVD pour l'autonomie des patients.

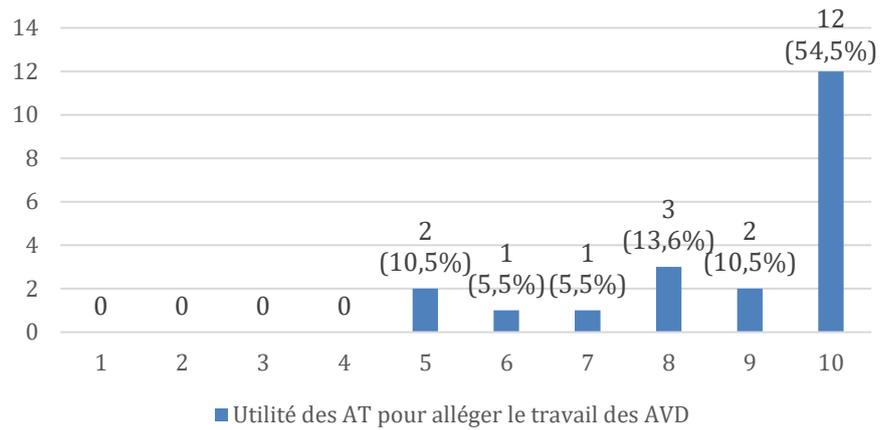
**Figure 6 : L'utilité des AT perçue par les AVD pour l'autonomie des patients**



0 étant les AT sont inutiles pour l'autonomie des patients, et 10 elles sont essentielles. Les AVD sont relativement conscientes de l'utilité des AT pour les patients.

Ensuite, l'utilité des AT perçue par les AVD pour alléger leur travail est présentée ci-dessous.

**Figure 7 : L'utilité des AT perçue par les AVD pour alléger leur travail**

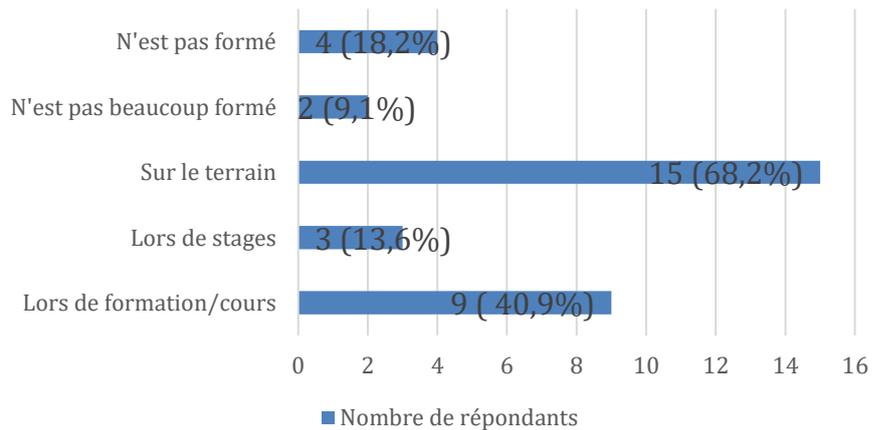


0 étant les AT ne m'allègent pas du tout, et 10 elles m'allègent énormément. Les AVD sont relativement conscientes de l'utilité des AT dans leur quotidien.

### 3- Formation relative aux AT

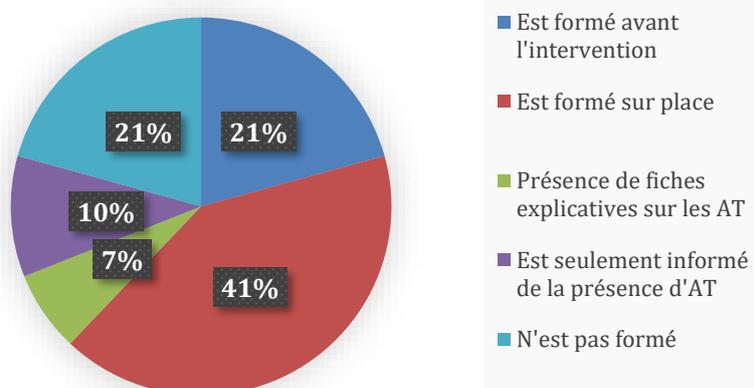
Abordons maintenant, la formation des AVD en matière d'AT.

**Figure 8 : La formation des AVD en matière d'AT**



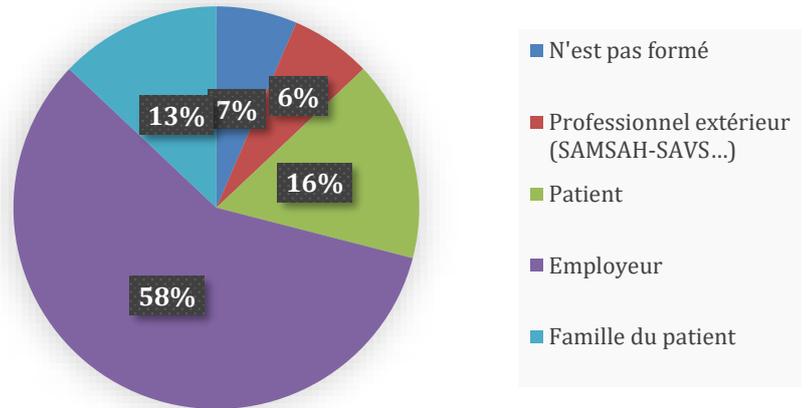
Le graphique suivant présente les différentes formations réalisées avant une nouvelle intervention impliquant l'utilisation d'AT à domicile.

**Figure 9 : Les différentes formations réalisées avant une nouvelle intervention impliquant l'utilisation d'AT à domicile**



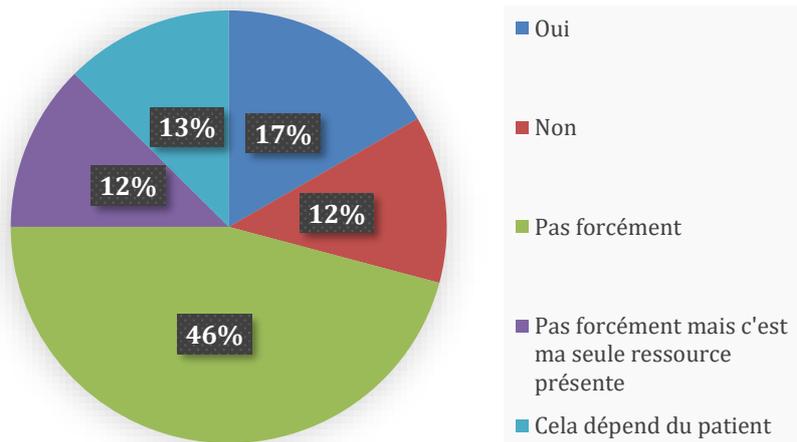
Voyons ensuite les formateurs relatifs aux AT présentes à domicile.

**Figure 10 : Les formateurs relatifs aux AT présentes à domicile**



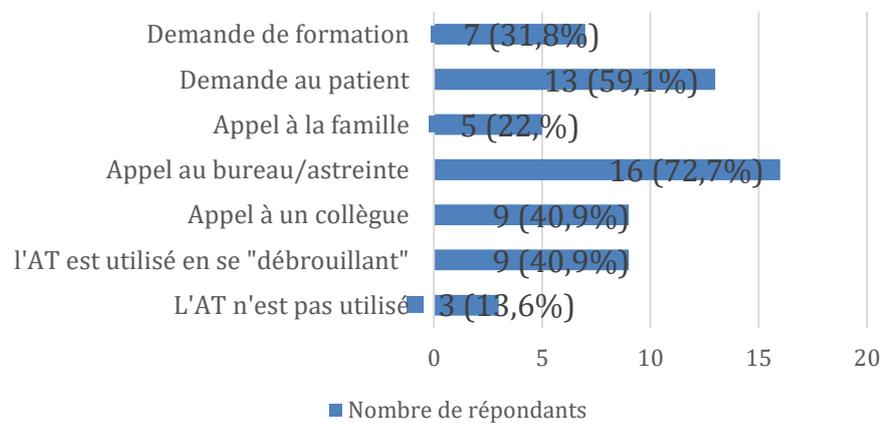
Le graphique suivant présente l'avis des AVD concernant le fait que les patients soient ou non les plus à même d'informer de la bonne utilisation de leur AT.

**Figure 11 : L'avis des AVD concernant le fait que les patients soient ou non les plus à même d'informer de la bonne utilisation de leur AT**



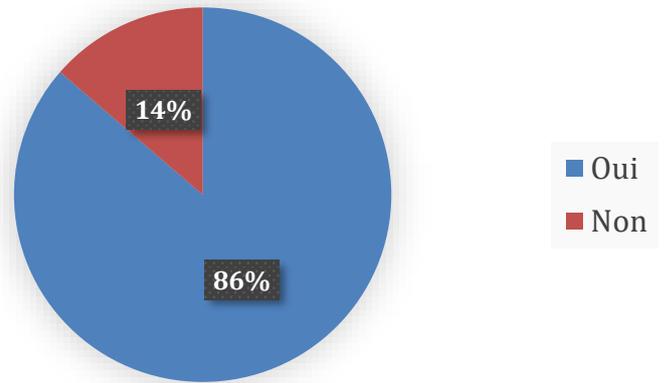
Les actions des AVD en cas de méconnaissance d'une AT à domicile sont répertoriées dans le diagramme suivant.

**Figure 12 : Les actions des AVD en cas de méconnaissance d'une AT à domicile**



Présentons dans le graphique suivant la part d'AVD connaissant l'existence de formation sur les AT.

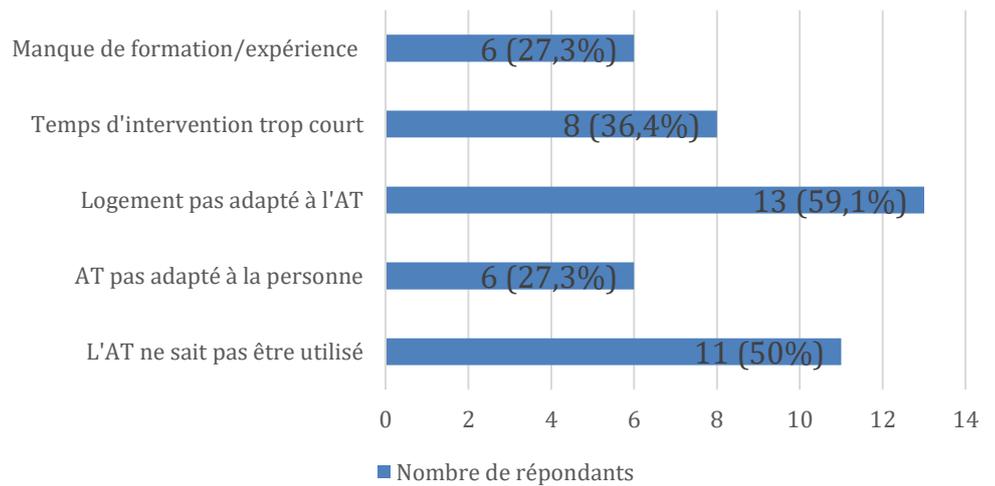
**Figure 13 : La part d'AVD connaissant l'existence de formation sur les AT**



#### 4- L'utilisation des AT au domicile des patients

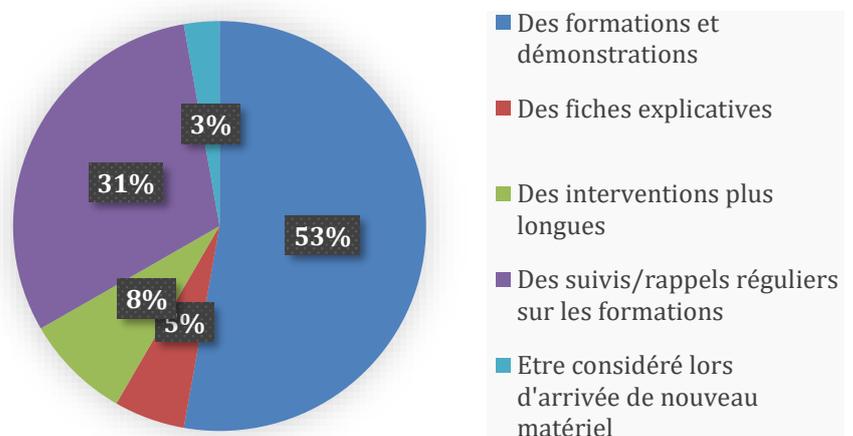
Voici enfin, les causes d'une mauvaise utilisation des AT identifiées par les AVD.

**Figure 14 : Les causes d'une mauvaise utilisation des AT identifiées par les AVD**



Pour conclure voici un graphique présentant les moyens identifiés par les AVD pour favoriser la bonne utilisation des AT.

**Figure 14 : Les moyens identifiés par les AVD pour favoriser la bonne utilisation des AT**



# Analyse des résultats : étude qualitative

## 1- Population interrogée et pratique

Les trois professionnels interrogés sont des ergothérapeutes de formations, intervenant de manière différente dans le processus de préconisations et d'acquisitions des AT, en fonction de leur lieu d'exercice. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 1 : Contexte de pratique des ergothérapeutes interrogés**

	Pratique	Public	Préconisations
<b>E1</b>	Ergothérapeute en <b>MDPH</b>	Personnes à domicile prétendant à la PCH	« Petites » AT : siège de bain, barres d'appuis, des sur-élévateurs de meubles, ect. Aménagement de logement dont des salles de bain.
	Ergothérapeute en <b>SAVS</b>	Personnes vivant à domicile, IMC et sclérose en plaques	Essentiellement fauteuils roulants
	<b>Conseiller technique handicap, chez un revendeur de matériel médical</b>	Tout type de public vivant à domicile : personne paraplégique, tétraplégique, IMC, vieillissante. Également des établissements variés (un public ciblé sclérose en plaques par exemple)	Essentiellement fauteuils roulants, dispositifs de transfert type lève-personnes ou chaise de douche.
<b>E2</b>	Mi-temps, S.A.V.S., mi-temps S.A.M.S.A.H, à l'APF France Handicap	Public en situation d'handicap moteurs entre 18 et 60 ans, avec de possibles troubles associés et des orientations MDPH	Lève-personne, verticalisateur électrique, guidon de transfert (pivotant ou sur 4 roues), planches de transfert, drap de glisse, lit médicalisé, fauteuils roulants (confort, releveur)
<b>E3</b>	Ergothérapeute en centre de rééducation et de réadaptation, service neurologie en MPR adulte, hospitalisation complète de 3 semaines minimum	Patients présentant une paralysie cérébrale plus ou moins dépendants dans les AVQ	Matériels très variés. Fauteuil roulant électrique (renouvellement ou préconisation), lève-personne, guidons de transfert. AT « <i>pour assurer les soins primaires dans la vie quotidienne.</i> »

E1 ayant pu répondre concernant sa pratique dans trois lieux d'exercices différents, pour la suite de la présentation des résultats de l'étude, E1 sera identifié par E1 MDPH pour sa

pratique en MDPH, E1 SAVS pour sa pratique en SAVS, et pour son poste en tant que conseiller technique handicap (CTH), par E1 CTH.

## **2- Pratique relative aux AT**

### **1. La préconisation dans la pratique**

La pratique de E1 MDPH varie par rapport à celle des ergothérapeutes dans les autres structures. Alors que tous sont amenés à voir les patients à plusieurs reprises, E1 MDPH voit seulement les patients une fois à leur domicile, et fait, suite à son évaluation, des préconisations. Quel que soit la pratique, tous rapportent évaluer les besoins et les capacités de la personne pour parvenir à la préconisation. E1 SAVS et E3 passe notamment par l'établissement d'un cahier des charges. Le fait de beaucoup questionner le patient pour aboutir à la préconisation a également été soulevé par E1.

E1 SAVS, E2 et E3 prennent en compte l'avis et le rôle des aidants dans leur processus de préconisations. E3 est seulement en lien avec les aidants familiaux, pas les AVD contrairement aux autres. E1 CTH ne mentionne pas cet aspect dans sa pratique. Coordonner les différents acteurs (patient, RMM, parfois la famille) va être une tâche rapporter par E1 SAVS et E2 en SAMSAH-SAVS. Ils expliquent tous deux que malgré une évaluation, leurs préconisations sont plutôt des « *suggestions* », qui incombent aux patients d'accepter ou non.

Tous les ergothérapeutes sont en lien avec des RMM. E1 MDPH seulement pour « *demande des devis aux revendeurs* ». E1 SAVS, E2 et E3 tentent tous d'effectuer des essais de matériel sur des temps durant lesquels ils sont présents. Ces essais peuvent se faire en présence du RMM. Si possibles E1 SAVS, E2 et E3 essayent d'être présents à la livraison. E1 CTH, réalise également des essais de matériel, et c'est généralement lui qui livre le matériel nécessaire.

### **2. La prescription dans la pratique et ses possibles avantages**

Actuellement, aucun des 3 ergothérapeutes interrogés n'a réalisé de prescription. Lorsque E1 CTH exerçant chez un RMM, il ne peut pas prescrire. Sans savoir que la prescription n'était pas possible en exerçant chez un RMM, il cite que cela ferait « *un conflit d'intérêt, parce que ça me donnerait une trop grande liberté* ». Hormis E1 CTH pour lequel la pratique n'est pas impacté par la loi, tous pensent que la prescription aurait des avantages dans leur pratique. E1 MDPH pense que cela faciliterait le processus, les démarches entreprises en

MDPH étant longues. E2 et E3 mentionnent le fait de pouvoir gagner du temps lors de leur accompagnement, « *un gain de temps vraiment significatif* » (E3). En effet, E1 SAVS évoquent que « *la difficulté pour les démarches, hors démarche administratives, c'est vraiment d'avoir les ordonnances* », ce qui est corroboré par les dires de E2 et E3. E3 insiste sur le fait que le manque de prescription peut être un frein à son intervention qui parfois se limite à 3 semaines de suivi.

### **3.L'appropriation des AT**

L'élément principal qui ressort du discours de tous les ergothérapeutes interrogés quel que soit leur pratique est les essais. E1 MDPH affirme qu'il faisait peu d'essai par manque de moyen. E1 CTH dit participer à l'appropriation car il maîtrise le matériel, mais n'est « *pas au centre de l'apprentissage* ». E2 et E3 réalisent des essais de matériel. Ils tentent d'être présent lors de ces temps, et de faire également des essais avec les aidants : E2 avec certaines AVD ou un aidant familial et E3 avec des aidants familiaux. E2 communique également avec les services d'aides à la personne ; « *on tient au courant les services, et on attend aussi le retour* », ensuite la transmission d'information doit se faire « *en interne avec leurs ressources, pour faire passer l'information* ».

E1 SAVS tente d'être présent lors des livraisons, et d'avoir une posture de « *fil rouge* » dans le cas où il y ai « *une incompréhension de la personne ou un souci* », son public étant « *très dépendantes, et avec une déficience intellectuelle* ». L'importance de la discussion avec le patient est citée à plusieurs reprises par E1 et E3, afin qu'il comprenne les démarches et se sente acteur du processus d'acquisition d'une AT.

### **4.Recul et suivi sur l'utilisation des AT**

Bien des divergences sont observées concernant le recul sur l'utilisation des AT préconisées. Seulement E1 SAVS et E2 travaillant en SAMSAH-SAVS ont un avis similaire, et évoquent la possibilité d'avoir un suivi « *en passant au domicile des personnes* » (E1), mais il n'est pas constant ou systématique. La structure d'E2 travaille avec des services d'AVD et a également du suivi par ce biais. E1 MDPH rapporte n'avoir presque aucun retour ni suivi sur les AT préconisées. E1 CTH exprime avoir des nouvelles seulement « *lorsqu'il y a du SAV ou lorsqu'il y a un souci purement technique* », car n'étant pas embauché en qualité d'ergothérapeute, son « *terrain d'intervention* » se limite à cela. E3 dit ne pas avoir

systématiquement de retour lorsque les patients rentrent à domicile avec des préconisations. Généralement « *Quand ça ne va pas malheureusement, c'est là où effectivement ils vont nous appeler* ». E3 est généralement ressollicité lorsque l'AT n'est plus adaptée ou que les utilisateurs de celle-ci sont en difficulté. Il lui arrive également d'avoir des nouvelles lorsque les patients « *reviennent de nouveau en hospitalisation complète* », et au besoin de « *comprendre où est-ce qu'on a fait une erreur ou pourquoi ça n'a pas été mis en place et de réajuster si c'est réajustable.* ».

### **3- Mauvaise/sous-utilisation des AT par les AVD**

#### **1.Lien avec les AVD dans la pratique des ergothérapeutes**

E1 MDPH et E3 expriment ne pas être en lien avec les AVD dans leur pratique. E3 est généralement en lien avec les familles ou tuteurs. E1 SAVS, E1 CTH et E2 ont l'occasion d'être en lien avec les AVD du fait de leur intervention à domicile dans leur pratique. E2 explique que ce lien varie en fonction des services d'AVD, car les services peuvent être internes ou externes à l'APF.

#### **2.Utilisation des AT préconisées**

E2 rapporte qu'en interne, avec les services d'AVD avec lesquels l'APF travaille il y a peu de problème car il est en lien avec les responsables et les AVD. Concernant les services extérieurs plusieurs cas de figure. En SAMSAH, les retours peuvent être fait par mails, par appels, ou lors « *des synthèses annuelles, où les différents partenaires qui gravitent d'une situation sont présents* » (E2).

E1 MDPH n'a pas de d'information concernant l'utilisation des AT préconisées par les AVD. E1 SAVS évoque que c'est très « *secteur dépendant* » et variable selon les services d'AVD. Dans sa pratique en SAVS, E1 n'a que peu été confronté à des soucis liés aux transferts par les AVD. E3 le rejoint sur ce point et pense que les AT sont généralement bien utilisées à domicile. E1 CTH exprime que les aides au transfert mises en place sont « *bien accueillies par les services* » et utilisées d'après lui.

E1 SAVS soulève également que cela peut dépendre du nombre d'aide à domicile intervenant ou du nombre d'interventions dans la journée. E2 dit en effet que parfois il y a peu d'AVD qui interviennent et que dans ces cas-là, il n'y a pas forcément de retour sur l'utilisation.

E3 pense que l'utilisation va dépendre des connaissances en AT des AVD, et qu'elle peut être source de blessure en cas de méconnaissance.

### **3.Situations engendrant une mauvaise utilisation d'AT**

La première cause de mauvaise utilisation des AT soulevé par les trois ergothérapeutes est que les AVD ne savent pas utiliser le matériel, car c'est généralement un nouveau matériel introduit chez un patient. Comme l'exprime très bien E1, « *je pense que quand tu ne connais pas le matériel, quand tu n'es pas formé, quand c'est complexe, c'est la porte ouverte à une mauvaise utilisation* ».

E2 et E3 disent que la mauvaise utilisation peut être lié à la perte d'information entre les personnes assistantes aux essais et les personnes qui vont utiliser les AT. E2 exprime parfois une perte d'information entre les AVD, et E3 entre les différents aidants familiaux, qui aboutit à une mauvaise utilisation des AT à domicile. En lien avec cela, E3 rapporte que cette perte d'information a également lieu entre la famille et les AVD. Dans sa pratique elle forme parfois la famille alors que celle-ci « *n'était pas vraiment les aidants dans le quotidien* », et par la suite les AT étaient mal utilisées par les AVD au quotidien. Le fait de ne pas avoir assisté à des essais est également une raison d'après E2.

E2 soulève que « *le secteur est tellement tendu que parfois ce sont des personnes qui sont employées sans avoir le diplôme, donc elles peuvent avoir une méconnaissance* ». D'après lui, la problématique peut aussi être que les services d'AVD interviennent plutôt auprès de personnes vieillissantes, et non en situation de handicap. E3 affirme que c'est même parfois « *un défaut de formation* ». D'après lui, ce défaut de formation peut avoir des conséquences, comme être à l'origine de « *fausses croyances* ». Les AVD utilisent le matériel d'une façon qu'elles pensent efficace, mais qui est en réalité inadaptée et dangereuse.

### **4.Freins à la bonne utilisation d'AT**

Deux thématiques ont été révélées par les 3 ergothérapeutes, dont sous-tendent plusieurs freins. Tout d'abord, la formation. Le manque de formation des AVD concernant les AT, qui est mise en lumière par E2 et E3. Comme l'exprime E1, « *tout le monde n'a pas forcément eu les formations de bases* ». Ensuite, E1 SAVS et E2 évoquent la formation propre aux AT présentes à domicile, par les ergothérapeutes. Toutes les auxiliaires ne peuvent pas être formées, et parfois on observe des pertes d'informations puisque les AT ne sont pas

toujours bien utilisées d'une AVD à l'autre. Comme E1 le souligne, cela questionne comment « *ils arrivent à faire équipe et comment ils se transmettent les informations* » afin de limiter ce frein. D'après E2, un manque de formation se retrouve au niveau des services d'AVD, et peut même être à l'origine de blessure ; en effet « *l'employeur doit assurer la santé et la sécurité de ses salariés. Il faut faire des formations, il faut former ces auxiliaires de vie. Quand on les envoie chez des personnes qui ont du matériel, il faut que le salarié ait les informations et les formations pour les utiliser. Sinon on ne peut pas lui reprocher de ne pas les utiliser.* »(E2). Il précise également que la formation est essentielle, et accessible, mais nécessite de l'argent, et du temps.

Ensuite, les contraintes du métier d'AVD et ces conséquences sont aussi à l'origine de freins. Comme le disent E1 et E2, le milieu de l'aide à la personne va mal, avec un fort absentéisme dans les structures et un important turn-over des équipes d'AVD. On fait donc face à des AVD qui avaient été formées et qui parfois quittent la structure sans avoir de nouveau personnel qui soit réellement formé. D'autres freins sont en lien avec la temporalité des interventions des AVD, à savoir « *combien d'intervention elles ont la journée, combien de temps elle passe auprès du patient* » (E1). E1 et E2 mentionnent tous deux des temps d'intervention trop court, qui influent sur leur « *investissement et dans leur transmission d'information.* » (E1). E3 exprime un défaut de temps dû aux contraintes du métier, dont découle un manque de formations, et un manque de discussion car ergothérapeutes et AVD n'ont pas la possibilité de se rencontrer dans sa pratique.

De plus, E1 et E2 rapportent un manque de moyen humain pour accompagner tout le monde. Tout comme pour les AVD, les ergothérapeutes ne peuvent pas avoir un suivi constant des patients, ce qui représente des failles dans leur suivi. E1 évoque aussi qu'« *il n'y a pas assez de place en SAVS, donc il n'y a pas tout le temps une équipe autour de la personne qui peut être isolée.* ». E2 identifie parfois une rupture entre « *la préconisation et la réalité du terrain.* ».

E1 SAVS mentionne plusieurs autres freins. Premièrement, une grande diversité d'acteurs qui gravitent autour du patient. Cela rend difficile la coordination des diverses actions et ainsi entraîne « *manque d'espace de discussion commun* » entre la personne, la famille, le service d'auxiliaire de vie et l'ergothérapeute. Il évoque ensuite un manque

d'implication du patient dans le processus. Enfin, le fait de ne pas prendre en compte la mise en place, la livraison et parfois l'installation, car les patients ne sont pas forcément en capacité de le faire seul, représente aussi un frein rencontré dans sa pratique.

### **5. Actions favorisant l'utilisation des AT par les AVD**

Dans la pratique de l'ergothérapeute, plusieurs actions sont possibles. D'après E2 la formation des AVD est essentielle, et concourrait à une bonne utilisation des AT, c'est d'ailleurs quelque chose qu'il met en œuvre dans sa pratique. Dans la continuité de ce raisonnement, E1 SAVS informe de l'importance de prendre en compte l'environnement de la personne, donc les AVD qui vont utiliser le matériel, dans la réflexion pour la préconisation. Cette démarche a pu être tenue à certaines occasions dans la pratique d'E1 CTH et E1 SAVS. E1 exerçant en tant que CTH va plus loin, en disant qu'il est pertinent de collaborer avec les AVD lors des préconisations, car celles-ci connaissent le patient et sont avec lui au quotidien. D'après elle, une AVD impliquée est « *un atout majeur et un médiateur incroyable.* ». Cette collaboration entre AVD et ergothérapeute a pu être expérimenté par E1 (en SAVS et en tant que CTH). E3 mentionne qu'il serait intéressant « *que les ergothérapeutes se mettent beaucoup plus en lien dans leur pratique avec les auxiliaires* » et d'avoir l'opportunité et le temps de les rencontrer, d'échanger avec elles et d'avoir leur retour. Ce mode de fonctionnement est mis en place en SAMSAH-SAVS par E2 et par E1 SAVS. Il semble aussi important pour E3 d'adapter le temps d'interventions des AVD pour qu'elles puissent utiliser tout le matériel à leur disposition. Avoir « *un peu plus de temps, des meilleurs effectifs* » est également un moyen de soutenir la bonne utilisation des AT par les AVD. Pour E1 CTH, il faudrait que les AVD parviennent à communiquer entre elles et à se faire passer les informations importantes. E3 suppose que « *laisser des traces écrites de ce qu'on fait, ou faire des fiches de conseils ou préconisations où on explique comment utiliser le matériel* » contribuerait à favoriser l'utilisation des AT par les AVD, ce qui est corroboré par E1. Ce fonctionnement est parfois mis en place par E1 SAVS.

Ensuite, pour E1, un espace de discussion commun entre tous les acteurs favoriserait l'utilisation des AT à domicile, afin que chacun exprime ces besoins et collabore dans l'intérêt du patient. Cette action a pu, de manière très ponctuelle, être menée par E1 en SAVS. Pour E1, remettre le patient au centre du processus et apporter de la cohérence dans les

préconisations, en lien avec les projets du patient serait un moyen de favoriser l'utilisation des AT à domicile.

E1 et E2 pensent que les orientations SAMSAH-SAVS sont à valoriser pour limiter cette rupture qu'on a parfois entre la préconisation et la réalité du terrain.

# Discussion :

## 1- Interprétation des résultats

### 1. Formation des AVD

La littérature tout comme l'étude quantitative rapporte que peu d'AVD sont formées par la formation initiale. Le profil des AVD est très hétérogène, avec des personnes exerçantes, qui ne sont pas forcément formées aux AT, ou avec des bases différentes. Des AVD ne peuvent d'ailleurs pas intervenir sur des prestations dites « techniques », avec des AT, dû à se manque de formation. Pourtant, des manques d'effectifs sont rapportés par la littérature et les ergothérapeutes. Beaucoup d'AVD apprennent sur le terrain. Elles sont parfois formées par leur structure, par le patient ou par la famille, et presque jamais par des structures externes (SAMSAH-SAVS), donc peu former par des ergothérapeutes. Pourtant les ergothérapeutes affirment former des AVD. Cela reste donc un part faible des AVD. Comme le rapporte les ergothérapeutes, cela peut être dû au fait que trop peu de patient sont suivi dans ce type de structure, par manque de moyen humain, financier, ou de temps.

### 2. L'utilisation des AT par les AVD :

Il ressort que c'est principalement la formation qui est en cause dans l'utilisation des AT. Les AVD reconnaissent les difficultés qu'elles rencontrent sur le terrain concernant l'utilisation des AT. Elles sont conscientes qu'elles peuvent demander des formations, bien qu'elles ne soient pas toujours accordées. Les ergothérapeutes expriment que la formation est essentielle pour une bonne utilisation des AT par les AVD. Les AVD l'évoquent également et souhaiteraient plus de formation, et « *des renouvellements de celles-ci pour vérifier que de mauvaises pratiques ne se soient pas incrustées dans la routine soignante/ aidant* ». Bien que les AVD ne soient pas suffisamment formées, celles-ci sont pourtant conscientes de l'utilité des AT pour leur travail et pour les patients.

Des freins possibles à l'accès de ses formations par les services d'AVD peuvent être le cout, le manque de temps ou encore le manque de moyen humain pour réaliser toutes les missions qui leur sont confiées. Des ergothérapeutes pensent que les fiches techniques ou explicatives sont des supports clef pour soutenir la bonne utilisation des AT par les AVD. Pourtant Esbens et all (2018) rapportent que ces supports sont peu investis par les AVD et les

habitudes de vie du patient ne sont pas respectées. Tous expriment que selon les capacités cognitives et de communication des patients, il peut être en difficulté pour exprimer ses besoins et expliquer le bon fonctionnement des AT à son domicile. Cela peut également avoir comme conséquence de ne plus placer le patient au centre d'un projet le concernant directement : son autonomie à domicile. Les AVD sont également conscientes des difficultés que peuvent rencontrer les patients. Pourtant, c'est bien souvent la première ressource qu'elles sollicitent lors de leurs interventions. Cela peut donc facilement être la cause d'une mauvaise utilisation des AT à domicile. Le fait qu'une majeure partie du temps elles se « débrouillent comme elles peuvent » pour utiliser les AT est une autre cause, mais également une source de mise en danger du patient et de blessure des AVD. Auquel cas, ce sont les proches ou les services d'AVD qui sont sollicités par les AVD, n'étant généralement pas sur place, et pas forcément compétents sur les AT présentes.

Des défauts de formations sont relevés par les ergothérapeutes notamment lors de l'arrivée de matériel nouveau, alors que les AVD souhaiteraient être prise en compte dans la mise en place de nouveau matériel. Selon les pratiques des ergothérapeutes, notamment la pratique en SAMSAH-SAVS cela est réalisable.

Tous sont unanimes, le milieu de l'aide à domicile est en difficulté, avec un fort turnover, ou encore un manque de personnel et un impact sur l'utilisation des AT par les AVD. Les AVD manquent de temps lors de leurs interventions, ou encore de temps disponible pour des formations complémentaires.

### **3.La pratique des ergothérapeutes**

Le rôle dans la préconisation et lien avec les AVD sont différents selon la pratique des ergothérapeutes. Tous préconisent, mais leur implication dans le processus de préconisations et leurs retours sont bien différents. Ceux n'ayant pas de retours, tentent d'être efficace lors de leurs évaluations mais sans certitude de résultats. Pourtant une rupture entre « *la préconisation et la réalité du terrain.* » est parfois observée. Cela peut être le cas de la pratique en MDPH, parfois l'ergothérapeute fait des préconisations sans aller à domicile et n'a pas de retour sur leur mise en place ou leur utilisation.

De par sa pratique en MDPH, E1, comme de nombreux auteurs, est particulièrement conscient que les démarches pour acquérir une AT sont longues et compliquées, et sont causes d'un mauvais accès aux AT et parfois de l'acquisition de matériel inadapté.

Enfin, beaucoup d'acteurs gravitent autour du patient. Ils font partie de son micro environnement. On note des difficultés pour coordonner les besoins de chacun dans l'intérêt du patient, tout en le rendant acteur de son projet.

## **2- Limites de la recherche et axes d'amélioration**

### **1. Intérêts**

L'aide des AVD au domicile des personnes dépendantes est quotidienne. Ses interventions sont essentielles pour permettre une meilleure participation sociale des personnes dépendantes à domicile. Bien que le métier d'ergothérapeute ait des interventions variées, un lien avec les AVD et leur formation aux AT existent et gagnerait à d'avantage se développer. Il en va de l'état de santé des patients, ceux-ci n'étant pas toujours en capacité de tout coordonner.

### **2.Limites**

Deux études ont été menées lors de ce travail d'initiation à la recherche. Au sujet de l'étude qualitative, on peut noter des limites méthodologiques. La passation d'entretien est un exercice qui nécessite des compétences d'écoute et d'analyse qui ne sont que partiellement acquises sur 3 entretiens, et qui auraient pu enrichir les entretiens. De plus, le guide d'entretien abordait parfois des thématiques assez proches, peut-être pas toujours assez clairs. Le guide d'entretien gagnerait à être amélioré. Les critères d'inclusion étant des ergothérapeutes exerçant dans différentes structures, le guide d'entretien aurait pu contenir des questions plus spécifiques à leur diverse pratique. Malgré tout cela aurait rendu l'analyse plus complexe.

De plus, la question de la prescription est abordée dans l'entretien, alors que celle-ci est encore peu pratiquée par les ergothérapeutes.

Concernant l'étude quantitative, il aurait été pertinent de pouvoir mener cette investigation sur un temps plus important, afin d'avoir un plus gros échantillon et plus de représentativité. Les résultats obtenus ne permettent pas d'obtenir une réelle représentativité des résultats. D'autant plus qu'une majorité des répondants avaient peu

d'expérience et n'étaient pas diplômées. L'élément principal qu'elles ont rapporté à notre attention était le manque de formation. Ce constat aurait peut-être été différent sur d'avantage des personnes diplômées étaient parmi les répondants.

### **3- Retour sur la question de recherche et suggestions pour la poursuite de l'étude**

La pratique de l'ergothérapeute étant vouée à évoluer suite à son autorisation de prescrire, il semblerait pertinent de refaire une étude quand cela sera plus ancré dans la pratique, afin de voir des possibles évolutions dans le processus de préconisation et dans l'utilisation des AT. Actuellement, cela est trop peu réalisé. Une étude pourrait être réalisée dans quelques années, afin de voir l'existence possible d'un lien entre prescription et utilisation des AT à domicile.

# Conclusion

Ma question de recherche est la suivante : comment favoriser la bonne utilisation des AT par les auxiliaires de vie à domicile ? Regard croisé des prescripteurs (ergothérapeutes) et des utilisateurs (AVD).

L'ergothérapeute a un rôle clef pour favoriser l'utilisation des AT par les AVD, de par sa présence à domicile. Il est au centre dans la préconisation. Il tente de prendre en compte les différents éléments de l'environnement ainsi que les besoins du patient. Cette démarche vise une meilleure utilisation des AT à domicile, pour favoriser la participation sociale du patient.

Néanmoins, bien des aspects ne dépendent pas directement de l'ergothérapeute. Les contraintes propres au métier d'AVD sont nombreuses et complexes. Les acteurs gravitant dans l'environnement du patient sont nombreux et ont des objectifs variés. AVD et ergothérapeutes manquent de temps comme de moyen humain. L'ergothérapeute peut intervenir à diverses étapes du processus de préconisation selon sa pratique, et en fonction de cela il sera plus ou moins à même de participer à la pérennisation des AT. Pour pérenniser, les AT plusieurs choses sont essentielles. Une bonne formation des utilisateurs, à savoir les AVD, afin que la bonne utilisation soit ancrée dans la pratique. Par la suite, les AT doivent être vérifiées, ajustées et les besoins des patients réévaluer régulièrement. Les démarches pour l'acquisition étant longues et fastidieuses pour les patients, cela n'est pas systématiquement fait.

Pourtant, des services existent, comme les SAMSAH-SAVS, avec des professionnels intervenant à domicile et tentant de coordonner ces actions et d'être un soutien pour les patients. Les professionnels suivent les patients, respectent leur rythme, sont en lien avec les aidants et AVD et accompagnent également pour les démarches administratives. Ce type de suivi semble être idéal pour une bonne pérennisation des AT. Malgré cela, les SAMSAH-SAVS sont accessibles sur orientation de la CDAPH, et pour une durée donnée.

Pour assurer une participation sociale des patients efficace et un meilleur suivi à long terme, il serait intéressant de mettre en place de nouveaux services, en envisageant éventuellement d'y inclure plus de patients qui le désirent.

# Bibliographie

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (2004). *MÉTHODE D'ÉLABORATION D'UNE DÉMARCHE DE SOINS TYPE À DOMICILE POUR UNE POPULATION DÉFINIE DE PERSONNES EN SITUATION DE DÉPENDANCE*. 28(2), 151-155. <https://doi.org/10.1007/BF03019434>
- Aguilova, L., Sauzéon, H., Balland, É., Consel, C., & N'Kaoua, B. (2014). Grille AGGIR et aide à la spécification des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. *Revue Neurologique*, 170(3), 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2014.01.039>
- Aide à domicile*. (2023). Ameli.fr. <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/votre-secteur/aide-soins-personne/aide-domicile>
- Aide technique et handicap : Achat ou location ? | Mon Parcours Handicap*. (2023). <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides-techniques/acheter-ou-louer-votre-aide-technique-quelles-possibilites-selon-vos-besoins-0>
- Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : La moitié des plans incluent des aides techniques*. (s. d.). Consulté 28 novembre 2023, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1214.pdf>
- Article 51—LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement* (1)—*Légifrance*. (2015). [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/JORFARTI000031701024/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031701024/)
- Article 415—Code civil—Légifrance*. (s. d.). Consulté 19 janvier 2024, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006427566](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006427566)
- Article 459-2—Code civil—Légifrance*. (s. d.). Consulté 19 janvier 2024, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006428039](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006428039)
- Article D245-10—Code de l'action sociale et des familles—Légifrance*. (s. d.). Consulté 3 janvier 2024, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI0000042855646](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI0000042855646)

- Article L146-3—Code de l'action sociale et des familles—Légifrance.* (s. d.). Consulté 18 janvier 2024, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031728701](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031728701)
- Aubert, P. (2023). *Le handicap en chiffres—Édition 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* drees.solidarites-sante.gouv.fr. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/le-handicap-en-chiffres-edition-2023>
- Autonomie et Santé.* (s. d.). AUTONOMIE ET SANTE SAS. Consulté 1 mai 2024, à l'adresse <https://www.autonomieetsante.com/>
- Auxiliaire de vie | MétierScope par Pôle emploi.* (s. d.). Consulté 10 janvier 2024, à l'adresse <https://candidat.pole-emploi.fr/metierscope/fiche-metier/K1302/auxiliaire-de-vie>
- Battu, V. (2017). Techniques de compensation : Des aides techniques au matériel d'hygiène. *Actualités Pharmaceutiques*, 56(570), 57-59. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2017.09.013>
- Blavet, T., & Caenen, Y. (2023). *Les proches aidants : Une population hétérogène.*
- Bloch, F. (2020). Le maintien du principe d'autonomie dans la décision d'entrer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Éthique & Santé*, 17(4), 216-219. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2020.09.001>
- Brion, D. (2023, février 14). *L'APA couvre 80 % des frais de maintien à domicile des personnes âgées—Insee Analyses Bourgogne-Franche-Comté—106.* Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793825>
- Caroly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, M.-P., & Roquelaure, Y. (2009). Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 11-2, Article 11-2. <https://doi.org/10.4000/pistes.2368>
- Châtelet-en-Brie, 77820 Le. (2024, janvier 12). *Ergothérapeute (H/F).* APF France handicap. <https://www.apf-francehandicap.org/offre-emploi/ergotherapeute-hf-63965>

*Convention relative aux droits des personnes handicapées.* (s. d.). OHCHR. Consulté 19 janvier 2024, à l'adresse <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Crennan, M., & MacRae, A. (2010). Occupational Therapy Discharge Assessment of Elderly Patients from Acute Care Hospitals. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 28(1), 33-43. <https://doi.org/10.3109/02703180903381060>

*Découvrez des solutions adaptées à chacun.* (s. d.). CRIAS. Consulté 18 janvier 2024, à l'adresse <https://crias.fr/>

Durand, A. (2022, novembre 18). Auxiliaire de vie : Une aide humaine nécessaire à l'autonomie. *Blog Tous ergo*. <https://www.tousergo.com/blog/auxiliaire-vie-handicap-senior/>

*EQLAAT, Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques – Hacavie.* (2021, août 3). <https://hacavie.fr/aides-techniques/articles/eqlaat-equipe-locale-daccompagnement-sur-les-aides-techniques/>

*Être hospitalisé : Ce qu'il faut savoir.* (2022, octobre 17). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/etre-hospitalise-ce-quil-faut-savoir>

*Fiche métier : Auxiliaire de vie F/H.* (2022, novembre 3). Groupe actual. <https://www.groupeactual.eu/blog/article/fiche-metier-auxiliaire-de-vie-f-h>

Gass, C., & Vinhal Goncalves Alvarenga, J.-M. (2020, décembre 18). De forts besoins en aides à domicile et agents de service hospitaliers à l'horizon 2030. *n°125*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4997655>

*Grand âge : Le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement | Ministère des Solidarités et des Familles.* (s. d.). Consulté 1 décembre 2023, à l'adresse <https://solidarites.gouv.fr/grand-age-le-gouvernement-engage-en-faveur-du-bien-vieillir-domicile-et-en-etablissement>

*Grand âge : Le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités.* (2022, mars 8). <https://solidarites.gouv.fr/grand-age-le-gouvernement-engage-en-faveur-du-bien-vieillir-domicile-et-en-etablissement>

- Guffroy, A., Cuvelier, L., & Toupin, C. (2014). Les aides à la manutention et les stratégies d'entraide : Des ressources pour prendre soin des patients et de sa santé dans un service d'oncologie. *49ème congrès international. Société d'Ergonomie de Langue Française.*
- Guide de la loi du handicap.* (2006). Ministère de la Santé et des Solidarités [www.handicap.gouv.fr](http://www.handicap.gouv.fr)
- handicap, R. international sur le P. de production du. (s. d.). *Le modèle.* RIPPH. Consulté 19 janvier 2024, à l'adresse <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
- Harmonie Médical Service.* (s. d.). Spécialiste de la vente et de la location de matériel médical. Consulté 1 mai 2024, à l'adresse <https://www.harmonie-medical-service.fr/materiel-medical.html>
- Harper, K. J., McAuliffe, K., & Parsons, D. N. (2022). Barriers and facilitating factors influencing implementation of occupational therapy home assessment recommendations : A mixed methods systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal, 69*(5), 599-624. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12823>
- HAS. (2023). *Bilan d'évaluation des aides techniques.*
- Houdayer, G. (2023, octobre 3). « Une crise de l'aide à domicile » : L'AFM Téléthon et l'APF France Handicap saisissent la Défenseure des droits—*France Bleu*. ici, par France Bleu et France 3. <https://www.francebleu.fr/infos/societe/une-crise-de-l-aide-a-domicile-l-afm-telethon-et-l-apf-france-handicap-saisissent-la-defenseure-des-droits-6790808>
- Houdeville, G., & Riot, L. (2011). Devenir une professionnelle de l'aide à la personne : Entre technique, relations et organisation. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales, 115*, Article 115. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.3415>
- J'ai besoin de solutions adaptées pour mon quotidien.* (s. d.). CRIAS. Consulté 19 janvier 2024, à l'adresse <https://crias.fr/particulier/solutions-adaptees/>
- Khaled Larbi, Delphine Roy. (2019, juillet 25). *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050—Insee Première—1767.* Insee. [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949#figure4\\_radio2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949#figure4_radio2)

- La loi d'adaptation de la société au vieillissement.* (2023, avril 11). <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/la-loi-dadaptation-de-la-societe-au-vieillessement-2>
- La profession. (2023). ANFE. <https://anfe.fr/la-profession/>
- Latulippe, K., Guay, M., Giguère, A., Provencher, V., Sévigny, A., Poulin, V., Dubé, V., Éthier, S., Carignan, M., & Giroux, D. (2019). Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs. Perception par les proches aidants de leur processus de recherche d'aide. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67(1), 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.10.002>
- Location De Matériel Médical | Bastide Le Confort Médical.* (s. d.). Consulté 18 janvier 2024, à l'adresse <https://www.bastideleconfortmedical.com/location-de-materiel-medical/>
- Lockwood, K. J., Harding, K. E., Boyd, J. N., & Taylor, N. F. (2020). Home visits by occupational therapists improve adherence to recommendations : Process evaluation of a randomised controlled trial. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(4), 287-296. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12651>
- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005-102 (2005).
- Malet, D., & Benchekroun, T.-H. (2012). Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : Une voie de construction de la santé des soignants. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 14-1, Article 14-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.834>
- Martine Barré, & Hélène Chesne. (2019, juin 13). *La hausse du nombre de seniors dépendants accélérerait à partir de 2023—Insee Analyses Pays de la Loire—75.* Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4169347>
- Mathieu Brunel, Julie Latourelle, & Malika Zakri. (2019, février 8). *Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien.* [drees.solidarites-sante.gouv.fr. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-senior-domicile-sur-cinq-aide-regulierement-pour-les-taches-du](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-senior-domicile-sur-cinq-aide-regulierement-pour-les-taches-du)
- Micklewright, K., & Farquhar, M. (2023). Occupational therapy interventions for adult informal carers and implications for intervention design, delivery and evaluation : A systematic

- review. *British Journal of Occupational Therapy*, 86(2), 90-100.  
<https://doi.org/10.1177/03080226221079240>
- Montcharmont, L. (2013). Handicap et accès aux aides techniques. *Empan*, 89(1), 118-124.  
<https://doi.org/10.3917/empa.089.0118>
- Neyroud, P. (2023, octobre 3). *Auxiliaire de vie sociale—AVS*. CIDJ.  
<https://www.cidj.com/metiers/auxiliaire-de-vie-sociale-avs>
- Nygård, L., Grahn, U., Rudenhammar, A., & Hydling, S. (2004). Reflecting on practice : Are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 193-203. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00270.x>
- Offre médico-sociale—APF Formation*. (2021, septembre 8).  
<https://formation.apf.asso.fr/formations-medico-sociales/>
- Pcs2020-56D1-Auxiliaires de vie sociale | Insee*. (s. d.). Consulté 19 janvier 2024, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2020/profession/56D1?champRecherche=false>
- Polesi, H. (2014). Les accidents du travail des auxiliaires de vie à domicile. *Raison présente*, 190(2), 81-90. <https://doi.org/10.3917/rpre.190.0081>
- Prado, le service de retour à domicile*. (s. d.). Consulté 7 décembre 2023, à l'adresse <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
- Principaux repères de l'OMS sur les aides techniques*. (s. d.). Consulté 19 janvier 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>
- Quelle est la différence entre une auxiliaire de vie et une aide à domicile ?* (2023, septembre 25). Centre d'aide Shiva. <https://assistance.shiva.fr/hc/fr/articles/360019077798-Quelle-est-la-diff%C3%A9rence-entre-une-auxiliaire-de-vie-et-une-aide-%C3%A0-domicile>
- Quelles sont les financements pour les aides techniques*. (2023). Mon Parcours Handicap.gouv.fr. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides-techniques/quels-sont-les-financements-pour-les-aides-techniques>

- Rabischong, P. (2018). *Chapitre V. Les compensations techniques du handicap: Vol. 4e éd.* (p. 107-118). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-handicap--9782130803874-p-107.htm>
- Rapport\_audition\_at\_def\_webdec07\_.pdf*. (s. d.). Consulté 19 janvier 2024, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport\\_audition\\_at\\_def\\_webdec07\\_.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_audition_at_def_webdec07_.pdf)
- Réforme de l'offre des services à domicile | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités.* (2023, juillet 18). <https://solidarites.gouv.fr/reforme-de-loffre-des-services-domicile>
- RNCP18363—DE - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute.* (s. d.). France compétences. Consulté 18 janvier 2024, à l'adresse <http://https%253A%252F%252Fwww.francecompetences.fr%252Frecherche%252F>
- RNCP36004—DE - Accompagnant éducatif et social.* (s. d.). France compétences. Consulté 10 janvier 2024, à l'adresse <http://https%253A%252F%252Fwww.francecompetences.fr%252Frecherche%252F>
- Sophie Goupil, Marion Hillau, & Marie-Anne Taugourdeau. (2019, février 7). *190 000 ménages utilisateurs de services à la personne en 2030 : Un défi et une opportunité pour le secteur.* Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3709919>
- Sylvain Papon. (2023, janvier 17). *Bilan démographique 2022—Insee Première—1935.* Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>
- Trabut, L. (2014). Aides à domicile : La formation améliore-t-elle l'emploi ? *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 127, Article 127. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.4254>
- Véron, P. (2018). L'appréciation par le juge de la volonté du majeur protégé : L'exemple du choix du lieu de vie. In *Choisir et agir pour autrui ?* (p. 183-187). Doin. <https://doi.org/10.3917/jle.eyrau.2018.01.0183>
- Ville, S., & Nouri-Mangold, S. (2014). Chapitre 4. Le poids de l'expérience. In *Le salaire de la confiance* (p. 123-141). Éditions Rue d'Ulm. <https://www.cairn.info/le-salaire-de-la-confiance--9782728825158-p-123.htm>

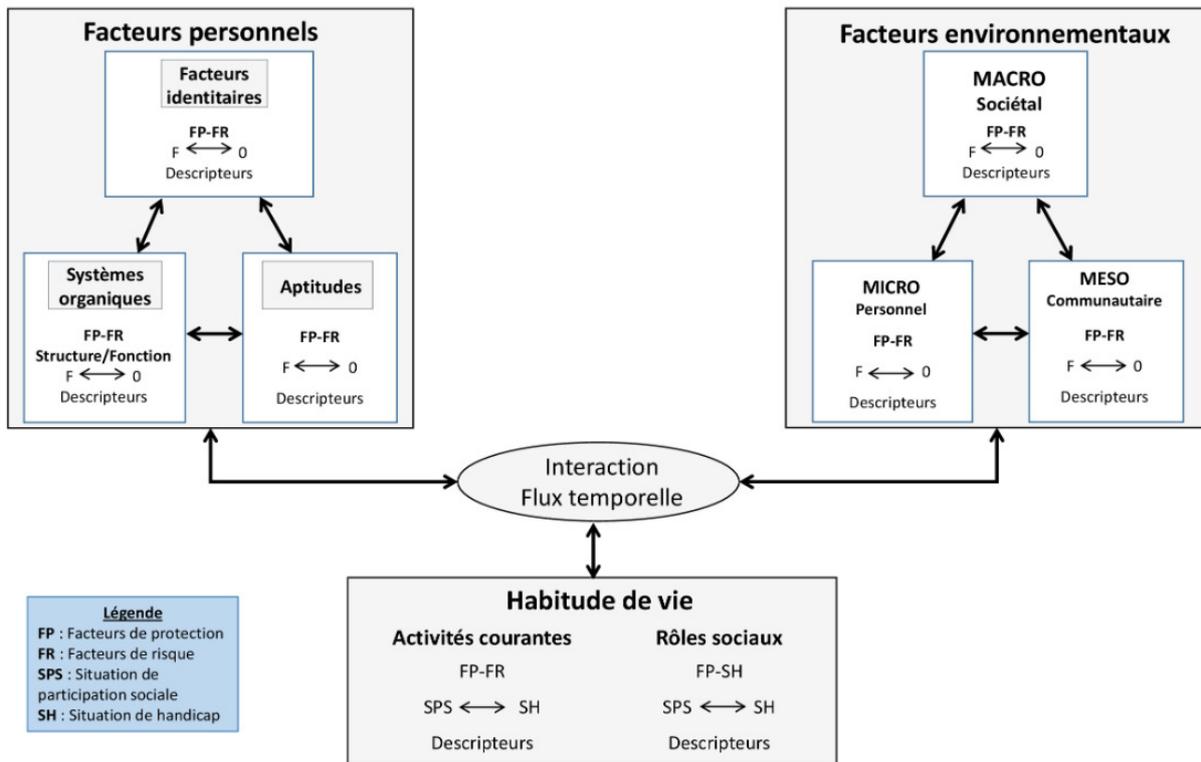
Yankan, L. (2020). *Le nombre d'étudiants se destinant à l'accompagnement éducatif et social diminue depuis 2010 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-nombre-detudiants-se-destinant-laccompagnement-educatif-et>

# Annexes

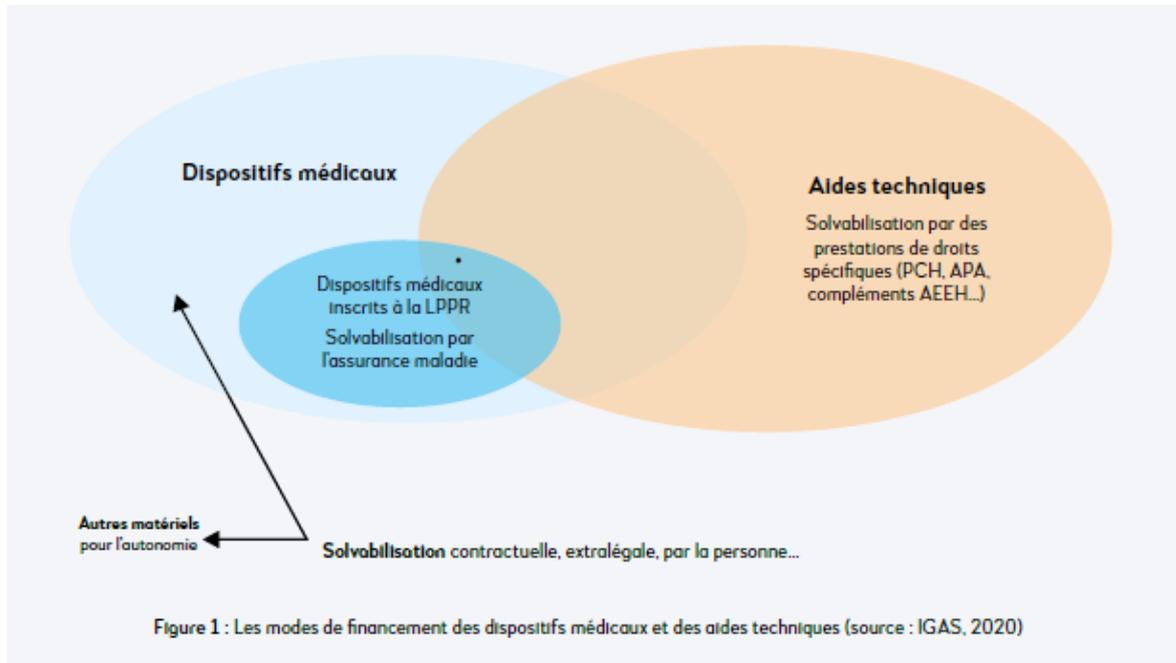
## Table des annexes

Annexe 1 : Le modèle MDH-PPH 2.....	II
Annexe 2 : Les modes de financement des dispositifs médicaux et des aides techniques .....	III
Annexe 3 : Les principaux financeurs d'aides techniques et les publics auxquels ils s'adressent .....	IV
Annexe 4 : Grille d'entretien ergothérapeute .....	V
Annexe 5 : Questionnaire adressé aux auxiliaires de vie à domicile .....	VII
Annexe 6 : Grille d'analyse .....	XIV
Annexe 7 : Formulaire de consentement.....	XV

## Annexe 1 : Le modèle MDH-PPH 2



## Annexe 2 : Les modes de financement des dispositifs médicaux et des aides techniques



### Annexe 3 : Les principaux financeurs d'aides techniques et les publics auxquels ils s'adressent

	AMO	Compléments AEEH	PCH	APA	AMC	Agefiph ou FIPHFP	Caisses de retraite	FDC	CF	Financements personnels
0 - 20 ans	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Si > 16 ans et en emploi	Non	Oui	Non	Si reste à charge
20-60 ans	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Si > 60 ans	Si reste à charge
60 ans et plus	Oui	Non	Si handicapé avant 60 ans	Oui	Oui	si encore en emploi	Oui	Parfois	Oui	Si reste à charge

Certains financements sont cumulables entre eux et d'autres s'excluent. L'ensemble est donc complexe et non lisible pour les personnes.

Aide à la lecture :

- AMO : assurance maladie obligatoire
- AEEH : allocation éducation enfant handicapé
- PCH : prestation de compensation du handicap
- APA : allocation personnalisée pour l'autonomie
- AMC : assurance maladie complémentaire
- FDC : fonds départemental de compensation
- CF : conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Figure 3 : les principaux financeurs d'aides techniques et les publics auxquels ils s'adressent (Denormandie, 2020, p46)

## Annexe 4 : Grille d'entretien ergothérapeute

J'aimerais que vous me parliez de votre pratique professionnelle en lien avec les préconisations d'AT pour les personnes dépendantes à domicile. Je m'intéresse à l'utilisation des aides techniques lorsqu'elles sont utilisées par les aidants (auxiliaires de vie), pour la personne dépendante.

Pouvez-vous me dire la structure dans laquelle vous travaillez, et le public avec lequel vous intervenez ?

### 1.Pratique relative aux AT :

- **Préconisation et ou prescription**

Pouvez-vous me parler de la préconisation et/ou de la prescription tel que vous le pratiquez.

Quel type d'AT préconisez-vous ?

Depuis peu, la loi donne le droit aux ergothérapeutes de prescrire des AT. Quand dans votre pratique avez-vous eu l'occasion de faire des prescriptions ?

D'après vous, comment cela apporte-t-il/ pourrait-il apporter, une plus-value concernant votre pratique en lien avec les AT ?

- **Accompagnement du patient jusqu'à l'achat et la livraison**

Pouvez-vous me parler de ce qui précède et qui suit la préconisation d'AT.

- **Apprentissage**

Comment participez-vous à l'appropriation de l'AT par le patient ?

*Questions plus ciblées et fermées si pas de réponse : essais, apprentissage de l'utilisation de l'AT, présence à la livraison du matériel, autre ?*

- **Recul sur l'utilisation et suivi**

Quand avez-vous l'occasion d'avoir un retour sur l'utilisation des AT préconisées à domicile ?

Comment pouvez-vous avoir un suivi de l'utilisation de l'AT mise en place à domicile ?

Si non, pourquoi ?

### 2.Mauvaise/ sous-utilisation des AT à domicile par les aidants

Les personnes dépendantes à domicile ont souvent des aidants professionnels, comme les auxiliaires de vie, qui vont être amenés à utiliser régulièrement les AT présentes ou arrivant à domicile.

D'après vous, comment sont utilisés les AT préconiser à domicile par les AVD?

*Lors de l'entretien si la personne ne l'aborde pas, suggérer la non/mauvaise utilisation des AT suite à l'analyse de la littérature*

D'après vous, dans quelles situations les AT pourraient être mal utilisées ?

Etes-vous en lien avec les auxiliaires de vie dans votre pratique ?

Selon vous, qu'est ce qui pourrait être un frein à la bonne utilisation des AT à domicile par les ADV ?

A l'inverse, qu'est ce qui favoriserait les bonnes utilisations d'AT à domicile par les ADV ?

Si vous en avez eu l'occasion, pouvez-vous me parler de chose que vous avez pu mettre en place pour lever ces freins ou de ce qui pourrait être fait pour favoriser l'utilisation des AT par les auxiliaires de vie ?

## Annexe 5 : Questionnaire adressé aux auxiliaires de vie à domicile

# L'utilisation des aides techniques par les auxiliaires de vie à domicile

Ce questionnaire s'adresse aux auxiliaires de vie intervenants à domicile. Il s'intéresse à votre utilisation des aides techniques et du matériel présents chez les bénéficiaires. Le terme aide technique est utilisé ici pour désigner tout le matériel relatif au transfert et nécessitant votre intervention

\* Indique une question obligatoire

Combien de temps avez vous exercé(e) comme auxiliaire de vie ?

- Moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

Intervenez vous auprès de bénéficiaires utilisant du matériel/ aide technique, à domicile ? \*

- Oui
- Non

Si vous avez répondu non, pourquoi n'êtes vous pas positionné(e) sur ce type de prestation ? (possibilité de cocher plusieurs cases) \*

- J'ai répondu oui à la question précédente
- Je les refuse car elles sont difficiles
- Je les refuse car elles sont fatigantes
- Je les refuse car elles je ne suis pas formé(e) pour
- On ne me les propose pas car je ne suis pas formé pour
- Autre : \_\_\_\_\_

Comment exercez vous en tant qu'auxiliaire de vie ?

- Je suis diplômé(e) par la formation initiale (diplôme d'état)
- Je suis diplômé(e) par formation continue/ en apprentissage
- Je suis diplômé(e) par la validation des acquis de l'expérience
- Je ne suis pas titulaire d'un diplôme
- Autre : \_\_\_\_\_

Quelles aides techniques avez vous pu utiliser lors de vos interventions à domicile ? Les photos sont données à titre d'exemple, d'autres modèles existent. (possibilité de cocher plusieurs cases) \*



Lève personne



Verticalisateur



Guidon de transferts



Guidon de transferts pivotant

Pensez vous que ces aides techniques sont utiles pour l'autonomie des patients ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inutiles           Très utiles/ essentielles

Pensez vous que ces aides techniques allègent votre travail auprès de ces personnes ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cela ne m'allège pas du tout           Cela m'allège énormément

Comment êtes vous formé(e)s en matière d'aide technique lors de votre formation ? (initiale ou en validation des acquis ou sans formation) \*

Lors de formation/cours

Lors de stages

J'ai appris sur le terrain

Je ne suis pas beaucoup formé(e)

Je ne suis pas formé(e)

Autre : \_\_\_\_\_

Lorsque vous intervenez pour la première fois chez un bénéficiaire qui a des aides techniques à domicile, comment êtes vous formés spécifiquement à l'utilisation des aides techniques présentes chez lui ? (possibilité de cocher plusieurs cases) \*

- Je suis formé avant l'intervention
- Je suis formé sur place
- Des fiches explicatives sont présentes pour utiliser les aides techniques
- Je suis seulement informé de la présence de l'aide technique au domicile
- Je ne suis pas formé
- Autre : \_\_\_\_\_

En cas de formation, qui vous forme ? (possibilité de cocher plusieurs cases)

- Je ne suis pas formé(e)
- Un professionnel extérieur (SAMSAH, SAVS..)
- Le patient
- La structure pour laquelle vous travaillez
- La famille du patient
- Autre : \_\_\_\_\_

Si vous demandez de l'aide au patient, pensez vous que celui-ci soit le mieux informé sur l'utilisation de l'aide technique, et qu'il soit capable de vous informer sur la bonne utilisation de celle-ci?

- Oui
- Non
- Pas forcément
- Pas forcément mais c'est ma seule ressource présente
- Autre : \_\_\_\_\_

Que faites vous lorsque vous ne savez pas utiliser une aide technique à domicile \*  
(possibilité de cocher plusieurs cases)

- Je ne l'utilise pas
- Je quitte l'intervention
- Je me débrouille comme je peux
- J'appelle un collègue
- J'appelle le bureau ou l'astreinte
- J'appelle la famille du patient
- Je demande au patient
- Je demande une formation au bureau
- Autre : \_\_\_\_\_

Savez-vous qu'il existe des formations pour mieux maîtriser les aides techniques \*  
?

- Oui
- Non

Plusieurs études démontrent que les aides techniques ne sont pas toujours bien utilisées par les aidants à domicile. \*

Afin de comprendre cela, d'après vous, à quoi peut-être du cette mauvaise utilisation à domicile ? (possibilité de cocher plusieurs cases)

- On ne sait pas bien utiliser l'aide technique
- L'aide technique n'est pas adaptée à la personne
- On ne voit pas l'utilité de l'aide technique
- Le logement n'est pas adapté à l'aide technique
- Notre temps d'intervention est trop limité
- Autre : \_\_\_\_\_

Selon vous, qu'est ce qui pourrait être fait pour favoriser la bonne utilisation des aides technique à domicile par les auxiliaires de vie ? \*

Votre réponse \_\_\_\_\_

**Merci de votre participation !**

## Annexe 6 : Grille d'analyse

Thème	Indicateurs	E1			E2	E3
		MDPH	SAVS	CTH		
Structure	Lieu de pratique					
	Public					
Pratique relative aux AT	Préconisations dans la pratique					
	Type d'AT préconisée					
	Prescription					
	Avantage de la prescription					
	Apprentissage					
	Recul et suivi					

Synthèse :

Mauvaise/sous-utilisation des AT	Utilisation des AT préconisées					
	Situations dans lesquelles les AT sont mal utilisées					
	Lien avec AVD dans la pratique					
	Freins à la bonne utilisation d'AT					
	Favoriser la bonne utilisation des AT par les AVD					
	Actions mises en place pour lever les freins et favoriser l'utilisation des AT par les AVD					

Synthèse :

## Annexe 7 : Formulaire de consentement

<b>Formulaire de consentement</b>
-----------------------------------

Je soussigné(e) ....., ergothérapeute DE, accepte de participer volontairement à l'étude menée par Alicia TAILLEFER, dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie.

J'ai été informé(e) des objectifs de l'entretien, de ses conditions de passations et de la démarche qui suivra concernant le traitement des données.

Lors de l'entretien, je peux, à tout moment demander de stopper l'enregistrement ou ne pas répondre à des questions. Les données obtenues à l'issue de l'entretien seront anonymisées.

Je peux, à tout moment, décider de me retirer de la recherche.

Par la présente, j'atteste participer de mon plein gré à l'étude proposée.

Fait à ....., le .....

Signature

# Abstract

Le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes dépendantes à domicile : l'utilisation aux aides techniques (AT) par les auxiliaires de vie.

**Introduction** : De nombreuses personnes dépendantes font les choix de vivre et vieillir chez elle. Les AT et humaines (auxiliaire de vie) vont souvent de pair pour ces personnes vivant à domicile et sont essentielles. Pourtant, les auxiliaires de vie ne semblent pas toujours compétentes concernant l'utilisation des AT présentes, et cela peut être cause de blessure. Cette étude vise à comparer la vision des ergothérapeutes, qui préconisent les AT, et des auxiliaires de vie qui les utilisent, afin de limiter la mauvaise utilisation des AT par les auxiliaires de vie à domicile.

**Méthode** : Deux types d'études ont été menés. Une étude qualitative menée par entretiens semi-directifs, dont les données recueillies auprès de 3 ergothérapeutes ont été analysées. Une étude quantitative conduite à l'aide d'un questionnaire à destination des auxiliaires de vie. L'analyse s'est faite à partir de 22 réponses aux questionnaires. Une analyse thématique a été réalisée pour comparer les visions de ces deux professions.

**Résultats** : L'étude auprès des auxiliaires de vie a révélé un manque de formation sur les AT, lors de la formation professionnelle ou lors de l'arrivée de nouvelles AT à domicile. Beaucoup de personnes travaillant comme auxiliaire de vie sont sans diplôme et manipulent pourtant des AT. Les ergothérapeutes rapportent l'importance d'une bonne identification des besoins lorsqu'ils préconisent pour conseiller les AT les plus adaptés aux besoins des patients. Les auxiliaires de vie étant ensuite les principales utilisatrices, il est important d'inclure la formation des auxiliaires de vie dans le processus de préconisations des AT.

**Conclusion** : La collaboration entre les auxiliaires de vie, le patient et l'ergothérapeute permet une meilleure utilisation des AT à domicile et une meilleure participation sociale des patients. En effet, inclure le patient et son environnement implique d'inclure les auxiliaires de vie dans la préconisation. La pratique des ergothérapeutes en SAMSAH-SAVS semble la plus à même de permettre cela, ceux-ci intervenant à domicile et pouvant être en contact avec les auxiliaires de vie.

**Key-word** : ergothérapeute, auxiliaire de vie, aide technique, formation, préconisations, prescriptions

The role of the occupational therapist with dependent people at home: the use of technical aids by care assistants.

**Introduction** : Many dependent people choose to live and age at home. Technical and human aids (care assistant) often go hand in hand for these people living at home and are essential. However, caregivers do not always seem competent in the use of the technical aids present, and this can be a cause of injury. This study aimed to comparing the vision of occupational therapists, who advocate technical aids, and care assistants who use these technical aids, in order to limit the misuse of AT by home care assistants.

**Method** : Two kinds of study were conducted. A qualitative study conducted with semi-structured interviews, including data collected from 3 occupational therapists which were analyzed. A quantitative study was carried out using a questionnaire intended for care assistants. The analysis was based on 22 responses to the questionnaires. Thematic analysis was done to compare visions of these two professions.

**Results** : The study with the care assistants revealed a lack of training about technical aids, during professional training or when new technical aids arrive at home. Lot of people working as care assistants do not have a diploma and yet use technical aids. Occupational therapists reported the importance of good identification of needs when recommending, aiming at advising the technical aids

best suited to the needs of patients. Then, care assistants being the main users, it is important to include their training in the process of recommending technical aids.

**Conclusion** : The collaboration between care assistant, patient and OT allows a better use of technical aids at home, and improves social participation of patients. Indeed, including the patient and his environment implies including the caregivers in the recommendation. The practice of occupational therapists in service to support adults with disabilities in social life seems the best way to enable this, as they work at home and can be in contact with care assistants.

**Key-word** : OT, care assistant, technical aids, training, recommendation